UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1950-1951. — N° 97

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DES VOCATIONS RELIGIEUSES FÉMININES

Les conditions les plus aisées à vivre selon le monde sont les plus difficiles à vivre selon Dieu; et au contraire : rien n'est si difficile selon le monde que la vie religieuse; rien n'est plus facile que de la passer selon Dieu.

PASCAL (Br. 906)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 20 juillet 1951

PAR

Jean-Yves-Alfred-André ACHALLE

Ancien Externe des Hôpitaux
Diplômé d'Hygiène et de Médecine du Travail

Né à BORDEAUX, le 27 octobre 1924

Examinateurs de la Thèse

MM. PERRENS, professeur ..... *Président.*
DELMAS-MARSALET, professeur.. *Juges.*
PIÉCHAUD, professeur ..... *Juges.*
SARIC, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1951

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1950-1951. — N° 97

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DES VOCATIONS RELIGIEUSES FÉMININES

Les conditions les plus aisées à vivre selon le monde sont les plus difficiles à vivre selon Dieu; et au contraire : rien n'est si difficile selon le monde que la vie religieuse; rien n'est plus facile que de la passer selon Dieu.

PASCAL (Br. 906)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 20 juillet 1951

PAR

Jean-Yves-Alfred-André ACHALLE

Ancien Externe des Hôpitaux
Diplômé d'Hygiène et de Médecine du Travail

Né à BORDEAUX, le 27 octobre 1924

Examinateurs de la Thèse

MM. PERRENS, professeur ..... *Président.*
DELMAS-MARSALET, professeur.. } *Juges.*
PIÉCHAUD, professeur ..... } *Juges.*
SARIC, agrégé ..... } *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1951

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN HONORAIRE : M. DUPÉRIÉ.

DOYEN : M. PORTMANN.

ASSESSEUR : M. CHELLE.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBŒUF.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
id.	CREYX.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	MASSÉ.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clin. des maladies infectieuses	N...
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Chimie biologique et médicale	TAYEAU.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.	Physique méd. et pharmaceutique.	PIFFAULT.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie	VILLEMIN.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Anatomie générale et histologie.	MAYER.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Hygiène et clin. de la tubercul.	PIÉCHAUD.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Médecine légale et du Travail.	DERVILLÉE.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	REBOUL.	Toxicologie et hygiène appliquée.	CASTAGNOU.
Chimie	CHELLE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Matière médicale	GOLSE.	Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN.
Pharmacie	VITTE.	Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Physiologie	FABRE.	Thérapeutique	BROUSTET.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL : M. MESNARD (Pharmacie).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales). — DUFOUR (Anatomie).
BLANQUET (Physique pharmaceutique).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.		MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL.	Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE.
Physiologie	Mlle ROUGIER.	Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER.
Bactériologie	MOUSTARDIER.	Pharmacie (3e Section)	CAZAUX.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Médecine générale	SARIC.	Ophtalmologie	BESSIÈRE.
id.	DUBARRY.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	F.-J. TRAISSAC	Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
id.	BERGOUIGNAN.	Pédiatrie et Puériculture	VERGER.
id.	LENG-LEVY.	Méd. légale et méd. du Travail.	L'ÉPÉE.
Chirurgie générale	POUYANNE.	Electroradiologie	LACHAPÈLE.
id.	LAUMONIER.	Odonto-stomatologie	MARONNEAUD.
id.	CHAVANNAZ.	Urologie	LANGE.
Obstétrique	MAHON.		
Obstétrique	CHASTRUSSE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	DUFOUR.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Accouchements	CHASTRUSSE.	Organographie et Physiol. végét.	TEMPERE.
Puériculture	VERGER.	Chimie biologique	NEUZIL.
id.	PERY.	Pathologie chirurgicale	LAUMONIER.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI. COUSTOU.	id.	VILLAR.
Anatomie	RIGAUD.	Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.
Chimie minérale	BABIN.	Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX.
Cryptogamie	LAUBIE.		
Médecine légale	L'EPEE.		

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

Le Commandant A. RAPPET

Chevalier de la Légion d'honneur.

A Monsieur le Docteur DONNADIEU

Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Château-Picon.

A MON JURY DE THESE

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARLES PERRENS

Médecin-Chef de la Maison de santé de Château-Picon,
Chevalier de la Légion d'honneur.
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DES VOCATIONS RELIGIEUSES FÉMININES

C'est aux nombreux enseignements que j'ai reçus qu'est due cette thèse dédiée à la mémoire de mon père, dont si souvent j'ai regretté l'absence et les conseils, et à celle de mon grand-père, disparu récemment, qui eût été si heureux de me la voir soutenir.

Je remercie mes maîtres d'hôpitaux dont j'ai été l'externe ou chez lesquels j'ai fait fonction d'interne :

MM. les Docteurs Blanchot, Secousse, Lafargue, Goumain, Fréour, Blanc;

les Professeurs agrégés Bergouignan et Lévy;

les Professeurs Creyx et Delmas-Marsalet, dans le service duquel j'ai compris tout l'intérêt passionnant des travaux neuropsychiatriques.

Je remercie également M. l'Abbé Oraison, docteur en médecine, qui s'est intéressé à ma thèse et m'a donné les avis du théologien; M. le Docteur Bargues, le Professeur Castagnou et M. le Docteur Gardes, médecin-chef à Château-Picon, qui m'a permis de publier le résumé de certaines de ses observations.

Toute ma reconnaissance va à M. le Docteur Donnadieu, qui m'a proposé le sujet de cette thèse, en a suivi l'élaboration et m'a toujours donné les conseils nécessaires, et à M. le Professeur Perrens, qui a bien voulu accepter de la présider. Qu'il me permette de redire, après tant d'autres, son exquise amabilité et l'étourdissante virtuosité de ses interrogatoires, dont la perfection me paraît bien difficile à obtenir.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538106_0115

INTRODUCTION

L'importance prise par le sentiment religieux au xx[e] siècle sera sans doute un de ses plus frappants aspects [107] (*). Si le mouvement scientifique n'a point cessé de progresser, il n'a pas réussi à tuer, comme on le croyait il y a plus de cinquante ans, les tendances « mystiques » de l'homme [34]. Il semble même que, jamais en ce monde, on n'ait plus souvent côtoyé dans tous les domaines l'étrange, le fantastique ou le surnaturel [30]. Lettres [97], arts (exposition d'art sacré de 1950), philosophies du surréel ou descriptions des rites et des religions [85], montrent l'intérêt qu'on y porte : Bergson, Carrel, Lecomte du Nouy, Saint-Exupéry, S. Weill, ne sont que quelques noms. Certains vont même jusqu'à leurs formes les plus primitives, telles que le fétichisme, pour les retrouver et les ressentir. Ainsi ce sentiment religieux, que les sociologues avaient réussi à noyer dans le sentiment social [9 et 17], regagne-t-il actuellement son aspect individuel, personnel, intérieur [106].

L'enseignement religieux lui-même appuie toujours plus sur la vie intérieure et condamne la participation extérieure simple au culte. La recherche mystique [52] est recommandée dans les cadres fournis par l'autorité qui fait un immense effort pour rapprocher ses fidèles de Dieu, leur permettre, comme l'Eglise Catholique, grâce au sacrement d'Eucharistie, une union plus intime.

C'est dire toutes les facilités qui sont accordées pour une consécration religieuse. La vocation n'est plus cet appel direct, cette illumination spéciale, si rare et si dangereuse;

(*) Les chiffres entre crochets renvoient à la bibliographie.

elle devient une meilleure « prise de conscience » des volontés divines sur la création. L'existence de Dieu étant acceptée, le croyant n'a plus qu'à rechercher Sa volonté, et il lui apparaît rapidement que celle-ci est Son règne. La consécration religieuse n'est plus dès lors que le désir de s'y employer. Ainsi comprenons-nous la vocation. Littré, dans son dictionnaire, la définit : « Mouvement intérieur par lequel Dieu appelle une personne à quelque genre de vie. — Particulièrement : Mouvement intérieur par lequel on se sent porté à la vie religieuse. » (Sens 3.) Ce mouvement peut diversement s'interpréter, mais il apparaît de plus en plus que la vocation réelle fait intervenir un choix décisif bien clair, plus qu'une tendance, un goût aux raisons mal éclaircies.

Mme de Pompadour disait, comme Littré nous le rapporte : « Sans la vocation, le cloître est un enfer. » Tout le XVIII[e] siècle s'est penché sur le drame de *la Religieuse* de Diderot. Les couvents ne sont pas aujourd'hui des prisons, et une religieuse peut toujours se faire relever de ses vœux. Mais les diverses communautés savent, maintenant, prendre des précautions avant d'admettre une novice. Il semble que l'examen psychiatrique ait à ce moment une importance toute particulière. Celui-ci commence à jouer un rôle dans les diverses professions. Le Docteur Schiff a pu consacrer une étude de l'*Encyclopédie française* (t. VIII) à « La profession et les troubles psychiatriques » [116].

Nous avons essayé d'apporter une contribution à l'étude médico-psychologique des vocations religieuses. En aucun cas nous n'avons voulu nous prononcer sur la « valeur spirituelle » des vocations de nos malades. Cette décision appartient à l'autorité religieuse, mais nous avons analysé toutes les observations de malades présentant une vocation et internées de 1925 à 1950 à l'Hôpital psychiatrique de Château-Picon.

Les unes, non religieuses, le plus souvent écartées par diverses communautés, n'avaient probablement qu'une pseudo-vocation, encore qu'il soit connu que certaines voca-

tions, telle celle de J.-M. Vianney, aient mis un long temps à être acceptées. Leur analyse nous permettra de tenter la recherche des aspects pathologiques de certaines pseudo-vocations, et, s'il est possible, de les dépister. Les autres, religieuses, ont une vocation reconnue : nous essaierons d'étudier les psychopathies qu'elles ont présentées et nous nous demanderons si certains signes de prédisposition n'auraient point dû les faire écarter de la vie religieuse.

Il semble, en effet, que l'Episcopat demande des précautions de plus en plus nombreuses avant la prononciation des vœux. Le très intéressant mouvement des *Etudes carmélitaines*, qui groupe théologiens, médecins et philosophes, essaie d'établir les difficiles limites du morbide et du mystique [42 et 43]. Notre travail est plus modeste, qui ne s'attachera qu'à quelques aspects pathologiques constatés au cours d'une vocation ou d'une pseudo-vocation religieuse féminine.

PREMIÈRE PARTIE

LES PSEUDO-VOCATIONS RELIGIEUSES

Nous avons relevé dix-sept observations de malades non religieuses, mais qui ont cru avoir la vocation, et qui ont été internées à l'Hôpital psychiatrique de Château-Picon de 1925 à 1950.

Nous les avons classées en trois chapitres :

I. — *Les vocations des débiles;*

II. — *Les aspects névropathiques des pseudo-vocations religieuses;*

III. — *La vocation religieuse dans le début des psychopathies.*

I

LES VOCATIONS DES DEBILES

Nous rapporterons d'abord trois observations de débilité mentale constitutionnelle, dans lesquelles existe une croyance à la vocation religieuse.

Observation I.

Mlle Pi... entre à Château-Picon à la suite de scènes scandaleuses dans une communauté où elle était placée depuis peu comme cuisinière. Depuis six ans, persuadée d'avoir la vocation, elle va de couvent en couvent demander son admission. Elle a cessé toute activité dans sa famille; elle a négligé les différentes places où on a tenté de la faire engager. Elle fait de longues stations dans les chapelles, y prenant des attitudes extatiques; elle brave tous les refus que lui opposent les Supérieurs des diverses communautés bordelaises. Un couvent l'accepte enfin comme cuisinière, mais voilà que se déclenche une crise d'excitation psycho-motrice, avec insomnie, agitation incohérente, surtout nocturne, quelques hallucinations pauvres qui lui font croire à l'insécurité des ordres religieux, qui la font douter de certaines sanctifications.

Comme le dit le Docteur Labuchelle, Mlle Pi... est atteinte de « débilité mentale constitutionnelle ». Cet épisode calmé, elle sera reprise par son frère, gardant toujours les mêmes idées de vocation.

Observation II.

Mlle Que... déclare qu'elle a la vocation, qu'elle veut être religieuse. Bien qu'âgée de 23 ans, elle n'a jamais pu gagner sa vie. Elle est d'ailleurs indifférente à sa situation. Instable, indocile, elle réduit toute activité à des soins de propreté corporelle. Cette pa-

resse, son parasitisme, l'ont fait passer dans différents établissements d'assistance, où elle a toujours refusé tout travail, en déclarant que seule la vie religieuse l'intéressait. Il faut dire qu'elle conçoit celle-ci comme faite d'une éternelle tranquillité et d'obligations réduites à quelques heures de prière commune.

Le Docteur Latreille parle, dans son certificat de quinzaine, de : « Débilité mentale profonde. Elle est scolairement une arriérée, n'a pu apprendre aucun métier, autant par insuffisance intellectuelle que par l'instabilité et l'indocilité de son humeur. »

Observation III.

Mlle He... n'a pas mangé depuis quarante-huit heures lorsqu'elle est hospitalisée. C'est que, depuis deux mois, elle a la ferme volonté d'entrer dans un couvent. Mais elle craint que sa famille s'y oppose. Des anges bleus et blancs lui sont apparus pour la consoler. Ce sont eux qui dirigent sa conduite, lui interdisent de manger, lui apportent des consolations. Elle a dès lors cessé tout travail, présentant des alternatives de long mutisme et des périodes d'excitation verbale. Son fond pauvre est celui d'une débile, et le Professeur Perrens fait le certificat de quinzaine suivant : « Débilité mentale constitutionnelle, présente par surcroît un syndrome polymorphe où la torpeur alterne avec l'excitation, le mutisme avec des discours incohérents prononcés à voix basse, la passivité avec une activité sans but. »

Malgré leur petit nombre, ces observations nous permettent de constater l'existence d'une vocation chez des débiles mentaux. Certes, si la vocation nous apparaît une meilleure « prise de conscience » par le croyant des desseins de son Dieu sur lui et sur le monde, on pourrait s'étonner de son existence chez le débile. Mais la débilité présente de multiples aspects. Si les grands insuffisants mentaux ne peuvent longtemps demeurer dans une communauté, les simples arriérés, qui ont d'ailleurs souvent une bonne mémoire, peuvent facilement masquer la pauvreté réelle de leur activité psy-

chique. Binet et Simon [10] ont défini la débilité en faisant intervenir l'âge mental : tout sujet dont le niveau est supérieur à celui de 7 ans. Si ce retard exprime l'incapacité des réponses traduisant de bonnes acquisitions et leur utilisation correcte, il ne peut en rien gêner la croyance à un appel divin, si ce n'est limiter la profondeur et l'intensité de cet appel. La vocation n'en restera pas moins sincère.

Mais le débile présente une psychologie propre qui semble pouvoir expliquer l'affirmation d'une vocation. L'*Essai sur la personnalité du débile mental*, du Professeur de Greef [57], est particulièrement utile à ce sujet. Car le débile ne se voit pas débile, il n'a pas de « notion du déficit », il ne peut pas se représenter le « moi d'autrui » et il ne lui est pas possible de se détacher de l'immédiat. La vocation du débile est, par cela même, limitée, amoindrie, étouffée. Ce sera pour nous un indice de pseudo-vocation, cependant que son égocentrisme expliquera en partie l'attachement qu'il y porte.

L'observation de Mlle Que... montre bien les divers facteurs qui peuvent amener le débile à se croire une vocation :

— La suggestibilité et l'esprit d'imitation. De nombreuses jeunes débiles sont confiées à des couvents. Vivant jusqu'à leur majorité en communauté, elles penseront tout naturellement être appelées à y vivre. Elles seront les adolescentes idéales pour subir l' « emprise » qu'a décrite Estaunié.

— Le goût des habitudes identiques, des actes réglés, ne peut que faire craindre à la débile qui est accoutumée au couvent un changement du mode de vie, cependant que celle aux prises avec les difficultés de l'existence, incapable de vivre par elle-même, aspirera au lieu abrité, clos, de la communauté dans lequel elle se trouvera en pleine sécurité.

— Peut-être des sentiments pervers interviendront-ils, la croyance à une vie facile, limitée, à une prière commune et banale libérant de toutes les tâches pénibles et flattant la paresse, l'inertie, l'apathie de certaines débiles [125].

— La vanité de porter la robe à laquelle une certaine

éducation aura attaché une forte considération, désir facilité par l'impossibilité pour le débile de voir ses déficiences [114].

— Peut-être aussi un noble sentiment religieux, qui fera choisir cette vie, en l'absence de tout autre désir, dans l'incapacité d'imaginer une autre existence et d'autres joies.

Si la vocation du débile peut être suspectée en elle-même, elle demeure grave par les accidents qu'elle fait toujours entrevoir. Nos trois malades ont dû être hospitalisées pour l'un de ces troubles mentaux fréquents dans les oligophrénies. Ceux-ci pèseront toujours lourdement sur une communauté :

— par l'instabilité : c'est le cas de Mlle Que..., qui a toujours refusé tout travail, est allée de maison d'assistance en maison d'assistance, n'a pu être gardée nulle part à cause de son indocilité;

— par les bouffées d'agitation psycho-motrice, comme celle de Mlle Pi..., qui, acceptée comme cuisinière dans un couvent, ne put y rester longtemps;

— par l'association toujours possible d'une démence précoce (observation de Mlle He...);

— par des délires mystiques pauvres, comme celui de Mlle He..., qui voit des anges bleus et blancs l'encourager au jeûne;

— par des perversions, qui poseront des problèmes médico-légaux [39 et 73].

La réalité spirituelle d'une vocation demeure, certes, une décision théologique. Mais il nous semble que l'examen psychiatrique peut être d'un grand intérêt dans ce jugement. Il peut exister une vocation réelle chez des insuffisants mentaux, mais l'examen, les tests montrant une débilité mentale, devraient rendre plus difficiles les vœux de ces malades. Car le débile peut toujours faire des épisodes psychiatriques graves. Sa psychologie, d'autre part, peut faciliter une pseudo-vocation. Toutes les fois où interviendront des mo-

biles trop humains, si souvent visibles chez ces arriérés peu aptes à la ruse et à la représentation du moi d'autrui, comme l'a montré le Professeur de Greef, toutes les fois où l'entrée en religion supposera une réduction, une limitation dans les mobiles de son choix, les indices de la pseudo-vocation se multiplieront. Si la débilité, contre-indication absolue à la vie sacerdotale pour l'abbé Géraud [55], est moins dangereuse dans la vie religieuse féminine, elle demeure néanmoins pour une communauté la possibilité d'un danger permanent, ainsi que nous le verrons dans notre seconde partie.

II

LES ASPECTS NEVROPATHIQUES DES PSEUDO-VOCATIONS RELIGIEUSES

Si, pour Freud, toute vocation religieuse traduit une névrose, nous avons trouvé, dans certains déséquilibres mentaux simples, l'aveu d'une vocation religieuse. Nous en donnons quelques observations.

Observation IV.

Mlle Go..., 38 ans, vient à Château-Picon peu de temps après son arrivée à Bordeaux. Elle a quitté en effet sa famille, qui habite la campagne, pour répondre à la volonté de la Providence. Celle-ci lui a demandé d'offrir sa vie; aussi est-elle décidée à « rayonner pour encourager ceux qui n'ont pas la foi », quoi qu'il dût lui en coûter. Depuis lors, elle a présenté une hyperactivité brouillonne, elle a fait des démarches auprès de diverses autorités, écrit des lettres, prêché, essayé de convertir diverses personnes et tenté d'entrer comme postulante chez les Filles de la Charité. Mlle Go... aurait toujours été instable, brouillonne, désordonnée.

Observation V.

Mlle Be..., 39 ans, a présenté avant son entrée à l'hôpital toute une activité religieuse intense. Elle s'est faite la « missionnaire des clochards », abandonnant tout travail professionnel, allant jusqu'à négliger tout soin corporel pour mieux les approcher. Et, comme saint Benoît Labre, elle sera couverte de poux le jour où elle sera hospitalisée. Depuis quelque temps, Mlle Be... se trouvait « bien » devant le Saint-Sacrement. Elle avait des ennuis avec le sacristain, refusant de quitter la chapelle lorsqu'il voulait fermer

les portes. C'est là que lui vint la vocation religieuse. Elle décida de se vouer à Dieu. Le prêtre auquel elle s'adressa lui déconseilla d'entrer dans les ordres; c'est alors qu'elle décida de se faire la « sœur » des clochards. Elle vivait avec eux, leur enseignant l'amour de Dieu, mais elle n'hésita pas à voler pour eux, ce qui entraîna un non-lieu et son envoi à Château-Picon : « Je voulais faire ce qu'a fait Jeanne d'Arc », dit-elle. Derrière cet apostolat se cachent des idées érotiques : elle était amoureuse du Père, jalouse des autres sœurs qui assistaient aux offices. Devant les refus des communautés, il ne lui est resté que l'apostolat laïque, et elle a choisi le plus ingrat, celui des clochards.

Observation VI.

Mlle Al..., 19 ans, élevée dans un couvent jusqu'à l'âge de 14 ans, a toujours été anxieuse et scrupuleuse, faisant des confessions prolongées, craignant de pécher à chaque instant. Depuis, toujours très pieuse, elle fait partie de mouvements d'action catholique. Elle déclare à 18 ans qu'elle veut entrer au couvent. Elle y rencontre des difficultés, est tentée par l'Armée du Salut. Mais elle craint de ne pas rester orthodoxe, voit croître son angoisse et doit entrer à Château-Picon pour un état de dépression psychique avec agitation anxieuse. Persuadée de sa mort prochaine, elle est certaine d'être en état de péché mortel. Elle va prendre à l'hôpital des attitudes extatiques : « Père, que votre volonté soit faite », dit-elle les bras en croix. Elle refuse de manger, dit qu'on veut l'empoisonner. Une enquête révèle le rôle important de sa mère dans sa vocation. Celle-ci, imparfaitement heureuse de sa vie conjugale, semble lui avoir brossé un noir tableau du mariage, et Mlle Al..., constitutionnellement déséquilibrée, a subi cette influence et désiré, par son apostolat, racheter certaines fautes paternelles. Seul, pense-t-elle, son sacrifice peut sauver ses parents.

Observation VII.

Mlle Jo..., 30 ans, entre dans un couvent bordelais à l'âge de 30 ans. Elle a été l'objet d'une crise intérieure, rompu ses relations,

fait abandon de ses biens pour devenir religieuse. « J'ai tout sacrifié à Dieu, j'ai tout donné. » On découvre, à l'origine de cette pseudo-vocation, une motivation anormale qui n'est pas apparue tout d'abord à ses supérieures. Mlle Jo... avait eu une déception sentimentale et cru être atteinte d'une maladie vénérienne. Elle avait consulté un certain nombre de médecins qui la soignèrent, dit-elle, pour son « entérite », mais aucun ne vit et ne voulut voir le « bouton ». Elle sut alors que sa fin était proche et décida de prendre le voile. Mais la communauté qui l'avait accueillie ne put la garder longtemps. Sainte Thérèse apparut à Mlle Jo... et la consola. Des tentations surgirent; le démon essaya de s'emparer de son âme; elle dut avoir recours aux aspersions d'eau de Lourdes, mais celle-ci n'eut qu'un effet temporaire. Elle multiplia les demandes d'exorcisme et fut envoyée à Château-Picon. Le Docteur Ducos porte le diagnostic suivant à son entrée : « Paranoïa : idées hypocondriaques, de persécution, de mysticisme, de possession diabolique. Tendance à des troubles de la personnalité à base de fausses interprétations, d'illusions, d'hallucinations. Conceptions fausses de nature imaginative. » Elle sera reprise par son père trois mois après.

Observation VIII.

L'enfance de Mlle Jos..., 30 ans, ne fut guère heureuse. Ses parents ne s'entendaient point. Le père, maussade, était très dur, ne vivait guère que pour son commerce. Mais elle le préférait à sa mère, qui avait pour elle de l'antipathie et n'aimait guère que son fils, plus chétif. Sa mère jalousait, dit-elle, sa bonne santé et se souvenait de son accouchement difficile; elle la privait de nourriture, de gâteries, l'enfermait dans la cave pour l'empêcher de sortir. Elle aurait fait l'objet d'une demande de déchéance des droits maternels. Mlle Jos... alla en classe jusqu'à 14 ans, sans passer son certificat d'études. Elle aimait peu son frère et ses sœurs, vivait le plus souvent seule, aidant son père dans son commerce. Elle sortait peu, en famille seulement et rarement. Elle ne lisait pas, ne cousait pas. Le seul sujet cher à son père était la politique. Sa première communion, faite à 10 ans 1/2, lui laissa un simple souvenir; elle abandonna les pratiques religieuses par la suite. A 18 ans, elle

fuit le domicile paternel, obtient son émancipation. Elle se place à Paris dans une maison bourgeoise. Mais c'est l'année 1940. Elle est évacuée dans la Sarthe, où elle sert dans un café, puis fuit l'ennemi jusqu'à Saumur, regagne Paris, trouve une place à l'hôpital de Dieppe. Dès 1941, elle accepte d'aller travailler en Allemagne dans une famille, puis dans un hôpital. Fatiguée, elle fuit vers la France, est arrêtée, mais obtient un congé. Elle ne reste qu'une semaine à Paris et revient en Allemagne dans un sanatorium. C'est là que lui serait née la vocation. Elle décide de se consacrer aux malades. Rapatriée en 1945, elle fait l'objet d'une enquête. A la fin de l'année, elle s'occupe des prisonniers en Lorraine. Dans les deux ans qui suivent, les places vont se multiplier. Elle sera tour à tour fille de salle, maîtresse d'école, surveillante, monitrice, femme de chambre. En 1947, elle entre dans une communauté. Elle y fait six mois de postulat. L'ordre lui plaît, elle est très attachée à la maîtresse des novices, mais le noviciat lui est refusé. Elle obtient son entrée dans une autre communauté, mais n'y reste que deux mois. Elle trouve trop dur le travail qu'on lui demande. Les démarches successives qu'elle fait dans divers couvents échouent, mais elle réussit à être admise dans une troisième communauté. Elle s'y plaît, mais la vie est pénible; elle se sent fatiguée et doit être hospitalisée pour un état d'asthénie physique et de dépression psychique.

Si nous avons groupé dans ce chapitre ces cinq observations, c'est pour avoir trouvé chez ces cinq malades un déséquilibre psychique qui fait interroger sur leur vocation. Certes, comme nous l'avons déjà dit, nous ne voulons en rien présumer de leur « réalité spirituelle ». Mais ces malades ont été internées, et le problème se pose de leurs motivations psychopathologiques possibles. La vocation apparaît ici non chez une débile ou au début d'une psychopathie typique, mais à la suite d'une histoire personnelle franchement pathologique. Médecins et directeurs de conscience recherchent depuis quelques années ces « attraits névrotiques à la vie religieuse », comme dit le Docteur Nodet [99]. Voici

d'ailleurs la classification adoptée par ce dernier des attraits religieux :

— attrait pour le fait religieux en général;

— attrait pour une vie exceptionnelle, qui est également une vie séparée;

— attrait pour les trois grands vœux : pauvreté, chasteté, obéissance;

— attrait pour une forme particulière de vie religieuse.

Chacun d'eux peut avoir une caricature névrotique. Chaque vocation peut cacher en profondeur une perturbation qui suffise à l'expliquer et s'y lier. Si le comportement extérieur peut satisfaire et si le sujet lui-même peut ignorer certains mobiles inconscients, le psychologue et le médecin peuvent découvrir de faux attraits pour la vie mystique relevant de la maladie ou d'anomalies caractérielles. Comme le dit le Docteur Nodet, il y aura attrait névrotique dans les tentatives d'utiliser le fait religieux et la vie religieuse pour garantir la sécurité branlante ou inexistante du postulant. Cette vocation est une « recherche extérieure de sécurité vitale ».

Nos observations ne nous permettent pas de relever tous les attraits névrotiques, si nombreux d'ailleurs depuis que la psychologie, surtout avec Freud [50], nous a appris à connaître la trame inconsciente de notre « destin » psychologique et interprète nos désirs et nos conduites selon sa lumière. Sans aller jusqu'à expliquer toute vocation par la névrose, comme Freud [31], nos observations semblent bien montrer à l'origine de leur vocation des attraits névrotiques.

1° Ceux-ci ont trait le plus souvent à l'histoire enfantine du sujet : tel est le cas de Mlle Jos..., qui porte la nette empreinte de la désharmonie du groupe parental [75]. La vie de Mlle Jos..., après sa fuite de chez ses parents, est un échec : voyages, changements de milieu, errances, prouvent son impossibilité à s'adapter. C'est au cours de cette vie

cahotée que naît sa vocation, alors qu'elle n'avait plus de vie religieuse depuis sa première communion. Son but semble bien la recherche d'une nouvelle famille, le besoin de découvrir un milieu qui se substitue au milieu désorganisé de son enfance, une supérieure qui supprime la haine de sa mère, un directeur qui compense l'indifférence de son père, des compagnes qui fassent oublier l'incompréhension des frères et des sœurs. Certes, ces motifs pourraient ne pas contre-indiquer la vocation; le sujet, selon la thérapeutique psychanalytique, pourrait les découvrir et mieux approfondir son attrait religieux. Mais chez notre malade le drame est plus profond, le déséquilibre plus important, et c'est un échec religieux qui a suivi l'échec laïc.

Les mêmes motivations existent chez Mlle Al... Ses scrupules, sa peur de pécher, certaines obsessions, permettent de la faire entrer dans la « grande famille des psychasthéniques » [102]. Son besoin d'apostolat, son sacrifice, sont pour elle des moyens de racheter l'attitude de son père envers sa mère. Là encore, comme l'écrit Lacan, « le sort psychologique de l'enfant dépend avant tout du rapport que montrent entre elles les images parentales » [75]. Sans doute, d'autre part, le mariage sous l'aspect brossé par sa mère lui fait-il peur. La vocation est nettement névrotique, et l'anxiété, les idées dépressives de damnation, peut-être certaines discordances, la feront hospitaliser.

2° La puberté, avec la naissance des complexes sexuels, semble conditionner un deuxième grand groupe d'attraits névrotiques. Bien des vocations se décident à ce moment. « Les préoccupations religieuses naissent du désarroi intérieur et du besoin d'aide, qui entre en conflit avec les exigences croissantes de l'intelligence et de la critique. » (D. Lagache [79].) Les travaux de Debesse et Mendousse permettent de bien le comprendre [32-33 et 95]. Si l'adolescent est tenté de s'affirmer par l'excentricité, la jeune fille, plus réservée, s'exprime surtout par l' « idéalisme juvénile » : conception sérieuse de l'existence, désir de pureté et aspiration à l'unité

sentimentale de l'être. « L'âme devient un sanctuaire », dit M. Debesse [32]. Ce sont les promenades solitaires, la communion avec la nature et le don de soi à Dieu. La ferveur permet d'échapper à la monotonie du quotidien [64]. Le couvent paraît la seule délivrance, Dieu seul capable de rassembler des forces multiples qui s'entrechoquent et ont pu mener certains au suicide. Si quelques-uns ont rapporté cette crise pubertaire à un accès de D.P., bref, il paraît plus juste d'insister, avec M. Debesse, sur sa structure faite d'une discordance organique (la transformation sexuelle), et d'une désadaptation sociale (l'incompréhension générale) et intellectuelle (le sentiment d'infériorité). C'est dire l'aspect nettement névrotique de ces vocations pubertaires. C'est montrer aussi l'importante participation sexuelle [41]. Charlotte Bulher a insisté longuement sur la compénétration des vies religieuse et sexuelle chez la femme. Entre 15 et 20 ans naissent chez elle, directement issues des sentiments sexuels, des idées humanitaires multiples, le besoin de se dévouer à l'humanité par le sacrifice ou les actes. Le drame de l'adolescent est à la fois intérieur et social [56]. Nos trois autres observations sont rattachables à ces motivations. Mais, ici encore, l'importance des troubles et du déséquilibre a mené jusqu'à l'internement.

C'est un splendide but que Mlle Go... assigne à sa vocation : « rayonner ». Elle est prête pour cela à offrir sa vie. D'après les renseignements, Mlle Go... a fait partie d'un mouvement de jeunesse. Elle songe depuis son adolescence à se dévouer. Mais, profondément déséquilibrée, très instable, elle ne gardera aucune mesure dans son apostolat. Véritable « idéaliste passionnée », ses démarches déplacées la feront interner [36].

La motivation de Mlle Jo... paraît nettement sexuelle. On est étonné qu'elle n'ait pas été aperçue immédiatement par ses supérieures. Sa croyance à une maladie vénérienne conditionne sa certitude de mourir. Née à la suite d'une déception sentimentale, elle traduit des remords, tout un drame

sexuel inachevé. Elle sera à l'origine d'un délire de possession démoniaque. La relation érotisme-religion paraît nette dans ce cas [51]. La vocation peut participer à la fois d'un refus global de la sexualité par le vœu de chasteté (la peur de la maladie traduit chez elle une peur des conséquences de la vie sexuelle), et d'un remords qui cherche son excuse.

Enfin, derrière le désir d'évangéliser les clochards que nous voyons chez Mlle Be..., qui, d'après les renseignements, a présenté depuis son adolescence des idées d'apostolat, existe un profond déséquilibre, du fait même de l'extravagance de ce projet (il n'y a qu'un seul saint Benoît Labre), avec troubles profonds de la conduite, et des tendances érotiques très nettes : érotisme de ses cohabitations, comme l'ont montré les enquêtes; jalousie vis-à-vis du prêtre qui la dirigeait. Il existe chez cette malade toute une série de perversions, y compris un vol qui entraîne son arrestation et son hospitalisation [39].

*
* *

C'est dire la multiplicité des causes d'une pseudo-vocation. Elles peuvent en détail concerner chacun des quatre attraits principaux signalés par le Docteur Nodet [99]. Elles peuvent se rattacher à l'histoire psychologique du sujet. Nous en avons signalé deux aspects :

a) Le complexe familial, en soulignant l'insistance des psychanalystes sur le rôle important de l'harmonie des images parentales. La vocation peut être la recherche d'un déséquilibre familial dont l'enfant a été frustré [61], et nous rappelons qu'ils affirment la gravité du sevrage [75]. Peut-être l'observation de Mlle Jos... nous permettrait de faire intervenir d'autres complexes, tel celui de l'Œdipe, et le Dieu poursuivi peut n'être que le « bon père » de leur vie enfantine [104]. Ce fut le cas de Mme Guyon [3].

L'étude des symboles collectifs pousse même Jung à iden-

tifier l'âme au souvenir de l'image maternelle [70, p. 259].

b) Le développement psychologique individuel, et tout spécialement la crise pubertaire dont le dénouement peut laisser la volonté d'entrer au couvent, qui, entretenue, persistera [95].

Ce développement fait jouer un rôle capital chez la femme à la sexualité :

— dévouement humanitaire, idéalisme passionné des 15 à 20 ans : désirer se dévouer ne sera pas suffisant, ou véritables idées de domination (H. Ey, *La mégalomanie* [45]);

— drame sexuel, car, comme l'a montré Marie Bonaparte, la femme peut accepter la sexualité, y renoncer ou la nier [14]. Comme le signale le Docteur Nodet, le vœu de chasteté ne doit pas être un « refoulement d'une sexualité coupable », ou il entraîne une aggressivité dangereuse dans une communauté, des troubles du comportement inacceptables [20], cette névrose des abstinents dont parle Freud [78].

Mais notons aussi l'importance de la constitution du sujet dans certaines vocations, ou, mieux, comme dit Redalié [108] avec Bonhœffer, du type réactionnel.

Nous aurons l'occasion de le revoir dans le cas des psychopathies. Quelques observations rapportées le montrent d'ailleurs :

— Il peut s'agir d'une constitution perverse dans laquelle prédominent déséquilibre et instabilité. Il y a une pseudo-vocation sans réelle participation du sujet. Elle constitue un gros danger pour les communautés par la fréquence des actes médico-légaux qu'elle peut entraîner [39].

— Une observation montre une constitution psychasthénique : P. Janet a décrit le besoin pathologique de direction de ces malades, torturés parfois entre leur besoin de consécration à Dieu et les doutes et inquiétudes sur leur conduite morale. La fréquence de leurs obsessions sexuelles ne fait qu'accroître leur instabilité [67 et 48].

— Le maniaque dépressif peut croire à une vocation : nous le verrons dans les cas psychiatriques [71].

— Le besoin de solitude, le désir de s'éloigner du monde, de la vie bruyante, peut amener le schizoïde à choisir le couvent [96].

— L'émotivité, la timidité, l'anxiété, enfin, peuvent également écarter du mariage [76 et 103].

Histoire du sujet ou réactions à l'ambiance et constitution personnelle ne s'opposent point, comme les auteurs modernes l'ont montré, et, pour reprendre la belle image de Heuyer, ne sont que la convexité et la concavité d'une même courbe. Hérédité et ambiance sont les deux aspects d'un même problème [120]. C'est dire tout l'intérêt de l'examen psychiatrique des vocations dans lesquelles se pose la question d'un attrait névrotique possible.

III

LA VOCATION RELIGIEUSE DANS LE DEBUT DES PSYCHOPATHIES

Nous voulons rapporter quelques observations montrant la possibilité d'une pseudo-vocation religieuse dans le début de certaines psychopathies.

A

1° La pseudo-vocation religieuse peut apparaître au cours d'une psychose périodique, soit dans la période d'excitation, soit, plus rarement semble-t-il, dans la période dépressive.

Observation IX.

Mlle Ra..., 23 ans, entre comme postulante dans une communauté religieuse, mais n'y donne guère satisfaction. Car, dans les quelques mois qui vont suivre, tout un faisceau de signes pathologiques va se constituer. Son activité utile va diminuer et ses actes devenir désordonnés. Béate, satisfaite, bizarre dans certaines attitudes, souvent impudique, elle inquiète ses supérieures et finit par être internée à Château-Picon. Le Docteur Ducos fait le certificat suivant : « Accès d'agitation à forme maniaque se traduisant par des troubles de l'attention, de la fuite des idées, de l'incohérence des propos, de l'humeur gaie, des cris, des chants », et confirmera ce diagnostic quinze jours après : « Etat d'excitation maniaque ».

Observation X.

Mlle Ma..., 28 ans, passagère sur un paquebot faisant le trajet de l'Orient, est débarquée à Bordeaux dans un état de violente agitation motrice, avec cris, chants, propos incohérents, rires et

insomnie. Le Professeur Perrens fait un diagnostic de manie aiguë. Les symptômes s'améliorent assez rapidement, et la malade, qui demeure hypomane, dit son désir d'entrer dans un couvent. Elle veut désormais prier et faire pénitence. Cette intention subsistera quelques semaines, puis s'estompera.

Observation XI.

Mlle Saint..., 33 ans, entre à l'hôpital pour un état d'excitation avec fugues de chez ses parents. Car elle veut se faire religieuse. Dans les jours qui suivent, le tableau clinique change. La malade présente un état de dépression avec tristesse, inquiétude, concentration de sa pensée sur son indignité religieuse. La préoccupation de sa vocation persiste, mais sa réalisation lui paraît plus difficile, plus lointaine.

2° Certaines schizophrénies débutent par la croyance à une vocation religieuse :

Observation XII.

Mlle De..., 27 ans, a abandonné brusquement sa famille sans l'avertir. Elle a couru dès lors d'église en église, persécutant les prêtres de demandes d'appui pour son entrée en religion. Violente envers ceux qui l'éconduisaient, brutale vis-à-vis de ses parents qui cherchaient à la faire revenir, irritable, elle est internée à Château-Picon. Son certificat de quinzaine porte le diagnostic de démence précoce. Elle demeurera jusqu'à son décès repliée sur elle-même, impulsive, avec de violentes colères, absolument inactive.

Observation XIII.

Mlle Gi..., 21 ans, se présente dans la matinée du 1er septembre dans un couvent de religieuses et demande à y être admise comme postulante. La Supérieure exige d'elle certaines références. Dans la soirée, Mlle Gi... va voir sa tante, qu'elle négligeait de visiter depuis longtemps. Elle lui révèle sa vive intention d'entrer en religion, mais elle ajoute qu'elle doit devenir sainte, remplir une mission. Son attitude paraît bizarre. Elle doit être effectivement hospitalisée le 11 septembre. A son entrée à Château-Picon, elle

fait porter le diagnostic suivant au Docteur Anglade : « Syndrome à prédominance catatonique ». Elle garde le mutisme, conserve les attitudes, présente du tremblement des muscles de la face et de la langue. Le diagnostic de démence précoce se confirme les semaines suivantes.

Observation XIV.

Enfant studieuse, mais fantasque, Mlle Ba..., 30 ans, décide, à l'âge de 25 ans, d'entrer dans un couvent. Son temps de postulante y sera écourté; elle ne sera gardée que neuf jours à cause de ses attitudes bizarres. Elle aura paru à la maîtresse des novices apathique, indifférente, renfermée sur elle-même, malade. Dès lors, l'état va empirer en quelques années. Gardée par sa famille, elle fera des fugues; elle dira : « J'ai toutes les vocations, je les ai les deux : religieuse ou m'amuser, car nous sommes les enfants du Maître et il nous a fait pour passer un peu de temps sur terre. » Le Professeur Perrens, dans son certificat de vingt-quatre heures, réserve le pronostic : « Affection mentale grave évoluant déjà depuis de longues années. » Le Docteur Ducos, quinze jours après, dit : « Le maniérisme, l'indifférence, l'émoussement de sentiments affectifs, le manque complet de spontanéité, indiqueraient qu'il s'agit d'un état dissociatif déjà ancien, malgré la relative conservation de la mémoire. » Et cinq ans après le Docteur Gardes parlera de schizophrénie.

Observation XV.

Si l'insuffisance constitutionnelle de Mlle Ma..., 34 ans, a limité son activité professionnelle, c'est peu avant son entrée à l'hôpital qu'elle a montré son égoïsme, son absence de sentiments familiaux. Elle a multiplié ses confessions, ses visites dans les églises, ses conversations avec des directeurs de conscience, demandant son admission dans un couvent. Mais ses violences envers sa mère, ses tapages, ses menaces envers les prêtres qui critiquaient sa vocation, la font interner. Elle est atteinte, dit le Docteur Ducos, d'un « état dissociatif greffé sur un fond de débilité mentale », et le Docteur Quercy parlera de « syndrome de démence précoce ».

Observation XVI.

Une année après une pleurésie sérofibrineuse, Mlle Ja..., 37 ans, déclare à sa famille qu'elle s'est « liée » à Dieu. Elle va dès lors arrêter toute son activité et passer ses journées dans les églises. Elle se croit en communication avec Dieu, et Dieu lui a dit de choisir la vie religieuse. Cependant elle présente des extases, se tient des heures muette et immobile. Le Docteur Ducos parle, à son entrée à Château-Picon, de processus dissociatif. Quinze jours après, elle se présente négativiste, elle conserve les attitudes, demeure indifférente, inerte.

Observation XVII.

Mlle Rou..., 31 ans, quitte brusquement ses parents un matin pour se réfugier dans un couvent. Elle demande à y être admise comme postulante, en disant qu'elle ne peut plus vivre avec sa famille, ses voisins. Elle présentera à l'hôpital tous les signes d'une schizophrénie : inactive, irritable et impulsive, souvent violente, refusant de voir sa famille, indifférente, négative, avec des idées délirantes imprécises et mobiles de malveillance de l'entourage à son égard.

3° Rappelons enfin l'existence d'une pseudo-vocation religieuse chez certains épileptiques. H. Claude, J. Dublineau, H. Ey et P. Rübenovitch [27] ont rapporté le cas de Mlle L..., qui, gouvernante en Espagne de 18 à 22 ans, se croyait une vocation religieuse et fit par la suite un délire mystique longuement étudié par les auteurs, qui y voient la possibilité d'une structure comitiale, tout en ne retenant que « l'état schizomaniaque avec éléments oniroïdes et intuitifs ».

B

1° Les délires mystiques des épileptiques ont été longuement étudiés [38]. La plupart des auteurs ont insisté sur la manière dont ils suivent exagérément les rites religieux. Cette religiosité paraît plus rare à Marchand et Ajuriaguerra [92] que ne le signalait Boven. Il est intéressant de

noter les diverses explications qui en ont été données. Si plusieurs facteurs interviennent, Swick, dans sa thèse [118], les classe ainsi :

— *le rôle du terrain :* l'épileptoïdie est un facteur constitutionnel décrit par Mme Minkowska et bien caractéristique dans les tests [110];

— *le rôle des mécanismes psychogéniques :* dépression postcritique pour Feré; appel à la puissance surnaturelle, seul espoir de guérison pour Kraepelin et Christian; compensation de l'angoisse postcritique pour Claude; impression de mort dans la crise pour Boven; idée de force supérieure pour Marie;

— *le rôle des désordres psychoorganiques :* troubles de la sensibilité, structure dysesthésique de Claude, Ey et Migaut; structure oniroïde.

Il nous paraît facile, dès lors, d'imaginer, chez un sujet ayant une constitution orientée vers la religion et auquel la maladie donne l' « expérience » d'une présence surnaturelle, physiquement ou spirituellement, une vocation épanouissant les exigences de cette « expérience ». Mais n'oublions pas la vocation précédente ayant une réelle valeur spirituelle, la fréquence, comme le signale le Professeur Perrens, des vocations « jouées », de toutes ces attitudes que l'épileptique aime prendre pour fixer l'attention d'autrui.

2° La croyance à une vocation religieuse nous a paru assez fréquente dans les états maniaco-dépressifs. Il s'agit là d'ailleurs, comme pour les idées délirantes, d'une idée mobile et fugace. Elle apparaît plus fréquemment dans les états maniaques. Car si les idées mystiques sont plus nombreuses dans les périodes dépressives, le sentiment d'indignité, de culpabilité, de damnation, ne permet pas au malade de se croire l'objet d'un appel divin, de se voir chargé d'une grâce spéciale, et promu à une dignité particulière [98]. Dans les états d'excitation, au contraire, la croyance à une vocation

traduit une composante mégalomaniaque très nette. L'observation de Mlle Saint... nous montre que lorsque cesse l'état d'exaltation qui lui avait fait fuir sa famille et l'avait menée au couvent et que s'installe un état dépressif, la réalisation de sa vocation est éloignée, car elle lui apparaît beaucoup plus difficile. Nous pouvons essayer de retrouver certains facteurs dans la pathogénie de cette pseudo-vocation.

La constitution cycloïde ne semble pas particulièrement comporter une composante religieuse. Mais l'éducation, le culte, les pratiques familiales, semblent jouer un rôle très important dans la valorisation de l'état religieux. C'est une composante mégalomaniaque.

L'état mental de la manie intervient pour sa part. Il explique la mobilité de cette croyance, l'état sacré qu'elle conçoit, les idées d'apostolat qui l'accompagnent, l'activité et les démarches qu'elle entraîne, le changement de vie qu'elle demande.

Dans tous les cas, la vocation n'a pas été retenue. Mais l'observation de Mlle Ra... nous montre une postulante gardée dans la communauté durant un certain temps, pendant lequel elle a présenté une activité de moins en moins ordonnée. S'il ne s'agissait pas à ce moment de manie aiguë, les renseignements font bien penser à une hypomanie. Pour quelle raison n'a-t-elle pas été décelée plus vite ?

Tous les auteurs spirituels, saint Jean de la Croix en particulier, ont décrit au début de la vie religieuse une période d'exaltation [68]. Elle ne manquerait à peu près jamais chez les jeunes postulantes, et son absence serait un assez mauvais signe. Mais c'est une époque de durée courte, quelques mois. Une exaltation persistante doit éveiller l'attention des directeurs de conscience. Signalons qu'ils connaissent l'existence d'associations anormales, telles qu'extases ou charismes, qui n'existent pas dans ces trois observations, et qu'ils conseillent de soumettre ces sujets à un examen psychiatrique. Rumke, comme le signale H. Ey, a su rapprocher des états mystiques l' « ivresse heureuse » des maniaques [45].

Nous avons vu que la pseudo-vocation pouvait être un signe de début d'une psychose périodique, la persistance d'une exaltation doit faire penser à un état hypomaniaque.

3° Mais bien plus fréquente paraît la pseudo-vocation dans le début de la schizophrénie. Nous en avons rapporté six cas.

Les observations précédentes nous ont montré qu'il n'existait pas à proprement parler une « constitution religieuse » ou « mystique ». La croyance religieuse ne traduit pas une mentalité spéciale, comme Lévy-Bruhl a décrit une pensée prélogique [83], si critiquée d'ailleurs. Des épileptoïdes, des cycloïdes ou des schizoïdes peuvent avoir la vocation. Mais certaines D.P. confirmées par leur observation à l'hôpital psychiatrique ont débuté par l'affirmation d'une vocation.

Dans ces deux observations, la malade a brusquement quitté sa famille. Mlle St Ma... est violente envers sa mère. Il faut noter cette rupture brutale qui précède la fuite au couvent. Mlle Ba... présentera une inertie, une indifférence, qui empêcheront de la garder; Mlle Gi... déclare qu'elle a une mission; Mlle Ja... se croit en communication avec Dieu; Mlles St-Ma... et Ja... multiplieront les visites dans les églises, les confessions, les conversations avec des prêtres.

Comme le montrent Dide et Guiraud [36], les formes de début de la D.P. sont multiples. Nous retrouvons dans nos observations les haines familiales, l'instabilité, la paresse et l'apathie, ou l'excitation motrice; mais peu d'auteurs insistent sur la pseudo-vocation religieuse.

Dans un de nos cas, l'entrée au couvent a été une véritable fuite devant les persécutions du milieu, de la famille et des voisins. Le lieu clos, le changement de vie, la séparation d'avec les autres, peuvent expliquer ce choix. Il semble que la haine familiale puisse mener facilement au couvent, si elle n'entraîne pas une solitude absolue, la location d'une chambre, par exemple, dans laquelle se calfeutre la D.P. La vie religieuse paraît libérer la malade de tout le poids de ses attaches anciennes, de ses liens familiaux. Ainsi se trouve satisfaite la tendance des schizophrènes à l'autisme, d'autant

que les sentiments envers les leurs fléchissent. La vocation met à l'abri du monde [96].

Le désintérêt semble aussi s'accorder avec cette pseudo-vocation [48]. Toutes les attaches mondaines qui peuvent lier à la vie laïque la jeune fille, les jeux, le sport, les multiples péripéties de la vie quotidienne, disparaissent du champ de conscience des D.P. Elles n'ont plus de préoccupations d'avenir, et les interdits de la vie religieuse, les sacrifices qu'elle demande, n'ont plus le même retentissement individuel [121]. La vie en communauté paraît facile; elle suppose l'abandon de toute une série de préoccupations disparues; elle entraîne un acquiescement sans réserve.

Si les auteurs signalent chez les jeunes filles schizophrènes la fréquence d'une forme rappelant l'érotomanie pure de G. de Clérambault [28], certaines de nos observations montrent, dans le désir d'entrer au couvent, des démarches, supplications, visites, injures, plaintes bien comparables à celles des hébéphènes recherchant leur amant. Si certains troubles cénesthésiques et affectifs, un sentiment d'étrangeté intérieure, de dissolution, peuvent déclencher des délires à forme érotique, le même mécanisme semble intervenir dans le délire de vocation.

Une vie spirituelle mal comprise, des exercices méditatifs mal contrôlés, peuvent, chez la postulante, ne traduire que cet état de « rêverie éveillée » que l'on rencontre parfois chez les schizoïdes. Le thème de la méditation n'est plus dès lors qu'un mince fil incapable de coordonner la réflexion, le simple point de départ d'un glissement imaginatif facile que le sujet souvent n'arrive plus à diriger et dont il finit par ne plus pouvoir se passer. Il ne serait peut-être pas dès lors inutile de signaler le danger de ces méditations qui, apportant une paix étrange, ne sont pas le signe de la présence divine, comme l'indiquent les mystiques, mais traduisent la dissociation agréable de la personnalité : c'est « le rêve démesuré qui disloque le réel » de Borel et Robin [15].

Enfin, l'entrée en religion ne peut être qu'une démarche de

paresse : l'indifférence sur laquelle insiste le Professeur Perrens, la « désadaptation au travail » du Professeur Codet que signale J. Haulon [60], sont des signes de D.P.

C'est dire que l'on retrouve dans la pseudo-vocation religieuse la plupart des conduites habituelles aux schizophrènes. Comme l'ont admis tous les auteurs qui ont parlé du délire religieux, et Dupain en particulier [38], le contenu religieux du début de la maladie, la vocation dans les cas présents, n'est qu'un « symptôme » à rapporter à l' « un des groupes de l'aliénation mentale ». L'intérêt n'est que dans le masque qu'elle peut prendre.

DEUXIÈME PARTIE

LES PSYCHOPATHIES DES RELIGIEUSES

Nous rapportons 38 observations de religieuses internées de 1925 à 1950 à l'Hôpital Château-Picon. Nous pouvons ordonner leurs psychopathies en trois chapitres :

I. — *Les troubles thymiques;*

II. — *Les délires démonopathiques;*

III. — *Les inadaptations.*

I

LES TROUBLES THYMIQUES

Nous classerons dans ce chapitre les folies périodiques typiques ainsi que les syndromes mélancoliques que nous avons relevés. Ces troubles thymiques constituent la majorité des psychopathies chez les religieuses. Nous en rapportons 17 observations.

A

Parmi elles semblent plus fréquents les états mélancoliques contrairement à ce que nous avons vu dans notre première partie.

Nous en avons noté 10 observations.

1° Il s'agit parfois de dépression mélancolique simple au début.

Observation XVIII.

Mlle Bu... (Elise), 48 ans, entre à Château-Picon dans un état de profonde dépression. Son visage est triste, elle s'exprime lentement. Elle est fatiguée, dit-elle, elle ressent de violentes céphalées, elle n'a pas d'appétit, elle ne peut dormir. En elle sont nés des scrupules qui ont trait à sa vie religieuse : a-t-elle bien rempli tous ses devoirs religieux ? a-t-elle répondu à sa vocation ?

Elle exposera par la suite un délire puéril et mal systématisé. Elle croira que le personnel qui la soigne et l'a soignée lui adresse des discours qui nous paraissent incohérents. Devant cette incohérence, quelques néologismes et des rires stéréotypés, le Professeur Perrens portera un pronostic sévère.

2° Mais ce sont le plus souvent des observations de mélancolie anxieuse et délirante.

Observation XIX.

Mlle Chia..., 35 ans, présente à son entrée une grande asthénie physique, une tristesse profonde, un ralentissement de sa pensée, une fatigabilité rapide, l'impossibilité de tout effort intellectuel, une diminution de la mémoire. Mais à cet état dépressif s'ajoutent des crises anxieuses et toute une série d'idées mélancoliques à caractère religieux. Elle est saisie de doutes, de scrupules. Elle s'accuse de péchés, de crimes. L'immense malheur de la damnation l'attend, un malheur qu'elle a mérité par son odieuse conduite. Son état s'améliorera à la suite d'une série d'électro-chocs, mais une rechute se produira peu après avec anxiété, idées d'auto-accusation, agitation, insomnies, cauchemars, qui obligera le Professeur Perrens à demander son placement d'office.

Observation XX.

Le certificat de vingt-quatre heures de Mlle Es... (Marie), 34 ans, porte le diagnostic suivant du Professeur Perrens : « Syndrome mélancolique où dominent l'inertie intellectuelle et l'anxiété. » Car depuis cinq mois, dans sa communauté, cette religieuse présente des troubles mentaux. Son humeur est triste et méfiante, son comportement est anormal par son indocilité, son irascibilité et ses exigences puériles. Son activité est profondément troublée. Son inertie contraste avec des périodes d'agitation anxieuse durant lesquelles elle déambule sans motif, court, s'arrache les vêtements, brise les objets, pousse des cris et des appels bruyants. D'autres fois, elle refuse de répondre, de s'alimenter et menace de se suicider. On découvre aussi chez elle les symptômes physiques de l'angoisse. Sa communauté la reprendra guérie quelques mois après.

Observation XXI.

Mlle Le..., 38 ans, présente surtout des idées d'indignité. Car elle est une grande coupable : elle a négligé ses devoirs religieux, elle ne s'est pas acquittée avec conscience de ses obligations maté-

rielles. Aussi a-t-elle mérité la malédiction divine. Cette malédiction va se traduire par quelques phénomènes merveilleux : elle répand de mauvaises odeurs et empoisonne son entourage; elle fait plus : elle cause par ses défauts le déchaînement de la colère divine, et ce seront les incendies des couvents de Madrid, les persécutions des religieux, les sacrilèges, les profanations des églises. Car elle est Espagnole. Cette croyance entraîne chez elle des réactions anxieuses, une certaine agitation. Elle s'arrache les cheveux, déchire ses vêtements. Elle présente aussi parfois des manifestations névropathiques.

Observation XXII.

Mlle Mie..., 56 ans, avait présenté, en novembre 1926, un accès de confusion mentale toxi-infectieux, pour lequel elle avait été hospitalisée. A sa sortie, nous dit le Docteur Labuchelle, « elle était lucide, mais encore déprimée ». Mais cette dépression ne fit que croître dans sa communauté. Son visage était triste, sa pensée douloureusement concentrée. Son comportement était absolument anormal. Elle négligeait toutes ses occupations antérieures et même ses devoirs religieux. Elle se confinait au lit et exprimait un sentiment pénible de déchéance et d'indignité et révélait des idées de suicide.

De violents accès anxieux vont apparaître à Château-Picon. Si, dans ses moments de calme, elle rectifie bien imparfaitement une partie de ses idées d'indignité, elle présente des périodes d'extrême agitation avec anxiété, au cours desquelles elle pousse des cris de terreur, s'imaginant apercevoir le Purgatoire et les flammes de l'Enfer. Elle va vivre désormais dans le sentiment pénible que Dieu l'a rejetée, qu'elle est damnée.

Elle sera reprise par sa communauté peu avant sa mort.

Observation XXIII.

Mlle Pan..., 38 ans, présente un état dépressif dans lequel dominent les idées d'indignité dans sa vie religieuse. Au cours de crises anxieuses, son comportement bizarre se traduit par des pleurs. Parfois, elle se confine au lit, mais le plus souvent elle dévoile

dans ses propos toutes ses idées d'auto-accusation, ses scrupules, ses obsessions. Car c'est publiquement que les prédicateurs dévoilent ses fautes, et depuis dix ans, dans sa communauté, elle recherche obstinément un confesseur qui apaise ses scrupules. Elle va même jusqu'à accuser ses compagnes de l'empêcher de trouver ce consolateur.

Observation XXIV.

Mlle Chir..., 28 ans, fait porter au Docteur Donnadieu le diagnostic de vingt-quatre heures suivant : « Syndrome anxieux que la malade n'arrive pas à expliquer, exposant de façon très incomplète des idées d'indignité, des idées mystiques, des idées de damnation et quelques idées frustes de persécution. » Cette malade présente des crises anxieuses avec fugues de sa communauté, agitation, refus de laisser entrer ses compagnes dans sa chambre, où elle se barricade. On retrouve chez elle les idées mélancoliques d'indignité et de damnation : elle a failli à sa vocation, a commis des péchés, ne mérite pas le pardon.

Observation XXV.

Mlle La... (Anne), 47 ans, présente le tableau d'une mélancolie anxieuse typique. Elle est triste, déprimée. Elle se plaint de difficulté à penser, se souvenir. Elle ressent des céphalées. Elle est d'ailleurs indigne de vivre, criminelle qui n'a pas répondu aux grâces divines. Elle présente par moments des accès anxieux subits durant lesquels elle s'agite, se déshabille, se tire les cheveux, pousse des cris et s'enfuit.

Observation XXVI.

Mlle Re... avait fait, deux ans avant son entrée à Château-Picon, une crise de dépression. Après un isolement de deux mois, elle avait repris son activité religieuse. En 1925, elle présente un accès de mélancolie anxieuse. Triste, concentrée, elle passe son temps à gémir et à pleurer. Car elle est indigne. Aussi veut-elle se tuer au cours de crises d'anxiété vive qu'elle ressent. Mais son aspect va se transformer à l'hôpital, des idées délirantes de persécution

vont se développer. Elle croira qu'on pourchasse les religieuses et que ses compagnes ont été martyrisées, brûlées. Son accès mélancolique terminé, elle sera reprise, tout en conservant ces idées, par sa communauté.

Observation XXVII.

Mlle Pi..., 53 ans, entre dans un état de dépression psychique avec ralentissement de sa pensée, sentiment d'insécurité, idées d'indignité et d'auto-accusation. Elle présente des périodes anxieuses. On réussit à mettre en évidence à l'hôpital des idées de persécution. Le Rorschach dévoile toute une série d'obsessions sexuelles, dont elle refusait de parler. Le testeur est accusé de montrer des « obscénités ». Le type de résonance intime est coartatif. Les réponses sont en majorité anatomiques. Le T.A.T. donne les mêmes résultats. L'interprétation de la planche X est particulièrement curieuse : « L'intérieur de la femme avec l'enveloppement de l'enfant. Le prêtre le bénit. »

3° Signalons enfin les observations de Mlle Jos... (Angèle) et de Mlle Def... (Blanche), qui présentent un syndrome mélancolique avec idées délirantes plus spécialement diaboliques, et que nous rapporterons dans les délires démonopathiques.

a) Ces observations vont nous permettre d'abord d'insister sur quelques aspects séméiologiques particuliers des états dépressifs chez les religieuses.

Nous avons observé les diverses variétés du syndrome mélancolique depuis l'état de simple dépression jusqu'à la mélancolie stuporeuse [115]. Les « obsessions par contraste dans les choses religieuses » décrites par le R. P. de Tonquedec nous ont paru assez fréquentes [119]. Certaines malades sont poussées au sacrilège, au blasphème. Mlle Sa..., dont nous avons rappelé le délire démonopathique, profane la Vierge, sa Mère. Des obsessions sexuelles semblent aussi exister chez un grand nombre de nos malades. Derrière leur pénible sentiment de culpabilité paraît souvent se cacher la croyance à une faute sexuelle difficilement avouée.

Les auteurs religieux s'accordent d'ailleurs pour insister sur l'importance des obsessions sexuelles dans le développement normal de la vie spirituelle. Les idées délirantes sont rarement de ruine ou de déshonneur, de mort ou d'emprisonnement. Elles sont polarisées sur la vie future : ce sont des idées de damnation et d'indignité devant les grâces accordées par Dieu. Nous n'avons pas constaté dans nos observations de syndrome de Cotard, mais souvent existe un délire de possession démoniaque. Insistons plus spécialement sur la fréquence des crises anxieuses. Là, le malheur devient imminent et provoque un « désarroi vécu », comme dit H. Ey [45]. Ces crises ont pris l'aspect d'une agitation intense durant laquelle la malade clame parfois sa peur par ses cris. Certaines furent de véritables raptus anxieux.

b) Nous pensons que la vocation religieuse explique la fréquence et les caractères de ces états dépressifs.

Il semblerait tout d'abord que les états maniaques devraient prédominer. Nous avons vu, dans notre première partie, la rareté des vocations chez les déprimées. Mais il est normal que les accès maniaques fassent écarter une postulante de la vie religieuse, alors que bien des petits états dépressifs peuvent être négligés.

Les auteurs qui ont étudié l'évolution psychologique de la vie spirituelle ont insisté sur l'existence d'états dépressifs normaux [52]. Ils se verraient surtout au début de la vie mystique (la sécheresse spirituelle serait alors une étape normale de la progression religieuse) et vers la troisième année de vie conventuelle, époque à laquelle apparaîtraient des crises de doute sur la réalité de la vocation, expliquées par l'uniformité de la vie en communauté [112]. Bernanos a su décrire, pour la vie sacerdotale, les moments de sécheresse de son « Curé de Campagne ». Cette dépression psychique prend l'aspect d'une aridité religieuse : incapacité de prier, de faire oraison [22].

Mais tous les auteurs mystiques ont opposé les états de sécheresse produits par Dieu à ceux liés à des imperfections

humaines. Saint Jean de la Croix, qui avait fait un long séjour à l'hôpital de Médina del Campo, rapporte trois types d'aridité qui n'enrichissent pas la vie religieuse : l'aridité accompagnant un état psychopathologique anormal, l'aridité consécutive à l'imperfection morale et l'aridité provenant d'une certaine ignorance [49]. Seules les deux premières variétés nous intéressent ici. Elles répondent à ce que le Docteur Allers appelle l' « aridité symptôme » pour l'opposer à l' « aridité stade » (dans la progression spirituelle) [1].

c) Mais quels sont les critères de distinction fournis par les théologiens. Saint Jean de la Croix indique nettement dans la *Nuit obscure* que l'aridité du mystique se limite à la vie religieuse, alors que la dépression causée par l'humeur maligne touche l'ensemble de la vie psychologique : « Quand la sécheresse provient seulement d'une humeur maligne, il n'y a pour la nature que dégoût et prostration. L'âme n'éprouve pas alors ce désir de servir Dieu que lui donne la sécheresse purificative. Quand celle-ci existe, la partie sensitive a beau être abattue, faible et languissante à cause du peu de goût qu'elle trouve à agir, l'esprit néanmoins demeure prompt et plein de vigueur. » [112]. Dans les observations que nous rapportons, l'atteinte est bien plus profonde. La sécheresse prend ici les caractères d'un syndrome parfaitement connu en psychiatrie et qui frappe la personnalité tout entière : c'est une aridité pathologique.

Si nos malades se plaignent d'une diminution de leur vie religieuse, si la prière leur devient impossible, si elles négligent par désintérêt leurs devoirs religieux, elles présentent aussi des troubles intellectuels, perte de la mémoire, difficulté d'attention, des troubles physiologiques, céphalées, insommie, lassitude, et cet état persiste plus longuement que la simple sécheresse spirituelle.

Le Docteur Grimbert [59] insiste sur d'autres critères. Dans l'aridité des processus morbides ne se retrouvent pas la « montée », l' « orientation de foi vive et de charité » de l'ascèse normale. On ne découvre pas dans le processus patho-

logique la « loi d'amour », mais une pantophobie, une crainte maladive et de l'aversion. Enfin, derrière cette dépression morbide se cachent l'égocentrisme, l'hypertrophie du moi et non l'humilité des vrais mystiques. Etudiant en profondeur ces réactions dépressives, les psychanalystes découvent « une réaction très archaïque à la perte d'un objet aimé avec ressentiment très agressif contre cet objet, qui a provoqué par son défaut la souffrance » (J. Rouart) [112]). Comme cette réaction remonte à une époque très antérieure, la distinction du sujet et de l'objet n'est pas faite. L'objet perdu demeure en général inconscient, bien qu'il existe des réactions compréhensibles. Les psychanalistes insistent sur une anomalie du développement de la personne comme critère pathologique.

d) Notons cependant que les théologiens admettent la possibilité d'une coexistence chez le même sujet d'un processus psycho-pathologique et d'un processus mystique [100]. Car si la dépression morbide peut survenir à la suite d'une crise spirituelle (comme la subit Tauler), une dépression physique originelle peut jouer peut-être un rôle de développement spirituel. D'après le Professeur Laignel-Lavastine, ce serait le cas de sainte Thérèse de Lisieux [80], qui, en même temps que ses premières hémoptysies, fit un état dépressif dont elle profita dans sa progression mystique. C'est dire la nécessité de mieux approfondir les états dépressifs qui nous sont confiés, surtout chez des religieuses ou des personnes engagées sur une voie spirituelle. Car l'aridité est un phénomène très général de la vie psychologique humaine et certains psychanalystes la rattachent au renoncement [112]. Si certains de ces aspects sont nettement pathologiques, il ne faut pas oublier l'existence de formes normales et respectables. Ainsi semble s'expliquer la fréquence des syndromes mélancoliques chez les religieuses. Ainsi paraît aussi justifié le nombre des crises anxieuses. Tout homme au cours de son existence peut être plongé dans l'angoisse [47]. L'angoisse est même pour R. Lacroze, le fond affectif premier : « Au commencement, on ne trouve pas l'action, mais l'angoisse. » [77]

Les idées religieuses de mort, de châtiment éternel, de désespoir qui est la part de Satan, sont les organisations propres à l'anxiété. Chez ces êtres séparés de Dieu se retrouvent les trois aspects fondamentaux décrits par H. Ey (*L'anxiété morbide*) [45] : l'amplification péjorative qui peuple le monde des refus divins, l'attente du danger qui est ici éternel, le désarroi de l'être qui ressent l' « angoisse du vide » que décrit saint Jean de la Croix. Mais ici le développement se produit sur le « plan de la fiction et du simulacre », la croyance au rejet par Dieu. « Elle exprime soit la distorsion de la conscience troublée, soit la tension conflictuelle d'une personnalité anormale. » Elle s'intègre dans le tableau de la psychose. Pourquoi ? Peut-être à cause des mécanismes que la psychanalyse a mis en valeur, de conflits psychiques inconscients d'un complexe de castration; peut-être à cause d'un échec religieux, de processus organiques de dissolution, selon la perspective de H. Ey [44]. Mais ici la crise anxieuse n'est que l'exagération pathologique d'un état normal. Les auteurs contemporains ont longuement étudié l'angoisse humaine pour lui donner une signification existentielle. Si pour Freud il s'agit d'une peur de l'instinct, pour Hesnard d'une structure de culpabilité [63], pour Kierkegaard du vertige de la liberté, nous comprenons toute l'angoisse qui peut siéger dans les perspectives de la vocation religieuse. Celle-ci devient la base de toute l'organisation intime du moi, elle veut à chaque instant un choix, un acte libre, elle doit surmonter cette « peur du vide » dont parle saint Jean de la Croix. C'est dire qu'elle suppose l'angoisse. Mais dans les cas pathologiques que nous rapportons, et comme l'ont bien montré les mystiques, rien ne naît de cet état. « L'angoisse névrotique est une angoisse de mort », nous dit J. Boutonier en analysant Heidegger [19].

B

Si nous avons séparé le syndrome mélancolique dans les troubles thymiques, c'est que nous n'avons pas découvert dans ces observations de périodes contraires, c'est aussi qu'il nous a paru que la vie religieuse pouvait, en partie, expliquer cet état. Mais nous ne voulons pas dire qu'il doit être opposé aux psychoses périodiques dont nous rapportons maintenant 7 observations.

Observation XXVIII.

Mlle Cha... (Marie), 51 ans, ferait tous les ans assez régulièrement des crises de subexcitation. Elle a déjà présenté trois épisodes de manie aiguë lorsqu'elle entre en 1911 pour un nouvel accès typique. Depuis trois mois, son comportement est anormal. Ses actes sont extravagants et peu dignes d'une religieuse, sa turbulence à la chapelle l'a fait éloigner des offices. Son comportement à son entrée est caractéristique : elle bavarde de tout et de rien, narre des histoires religieuses, donne des conseils avec une manifeste fuite des idées. Guérie, elle sera reprise une fois de plus par sa communauté.

Observation XXIX.

Mlle Saint-M..., 52 ans, a été déjà internée, lorsqu'elle rentre à Château-Picon à la suite d'une violente crise d'excitation psycho-motrice. Elle dévoile des idées de persécution mal systématisées, mais surtout elle montre un état d'agitation avec instabilité, impulsions. Une semaine après, le tableau change. Elle se croît damnée, elle est indigne d'être sauvée, et le Professeur Perrens déclare, dans un de ses certificats : « Le syndrome maniaque a disparu. L'accès revêt maintenant les apparences d'une mélancolie pure. » Peu après, elle sortira guérie de son accès maniaco-dépressif.

Observation XXX.

Mlle Be... (Jeanne), 36 ans, est atteinte d'une psychose maniaco-dépressive typique. Dans ses périodes de dépression, elle paraît triste, refuse de parler. Dans ses périodes d'excitation, elle tient de longs discours dans lesquels apparaissent ses idées mystiques; Dieu a conçu de grands desseins sur elle. Aussi lui a-t-il envoyé d'illustres messagers : saint Pierre, « l'ambassadeur du Roi du Ciel »; l'ange Gabriel, « ambassadeur de la Reine », et saint Jean. Elle donne une explication originale de ses « crises » : elles sont dues au heurt de l'idée joyeuse de son immortalité et d'une idée triste venue du démon. Il existe chez elle des hallucinations visuelles.

Observation XXXI.

Devant une très vive agitation, de la fuite des idées, de la logorrhée, des rires alternant soudainement avec des sanglots, le Professeur Perrens fait chez Mlle Ha..., 36 ans, à son entrée, le diagnostic de psychose maniaco-dépressive. Quinze jours après, elle se présente dans un état d'excitation maniaque complet : elle s'agite, crie, chante, parle de façon incohérente. Puis elle paraîtra mélancolique. Elle se dira un monstre, poussera des plaintes, des gémissements, se tiendra immobile, refusant d'obéir, de manger, et des périodes alterneront durant le long séjour de cette malade à l'hôpital.

Observation XXXII.

Mlle Fi..., 70 ans, fait régulièrement, depuis l'âge de 17 ans, des crises d'excitation durant lesquelles elle crie, chante, déchire, et des périodes de dépression avec tristesse, scrupules, sentiment d'indignité. Elle entre à Château-Picon en 1931 pour un accès de manie avec grande diffusion de la pensée, incohérence des propos, instabilité allant jusqu'à l'agitation. Elle sera reprise peu après par sa supérieure. Mais elle reviendra au bout d'un an en présentant un accès identique d'agitation psycho-motrice.

Observation XXXIII.

Mlle Ma..., 25 ans, présente à son entrée l'aspect d'une manie fruste avec fuite des idées, agitation modérée, humeur gaie. Parmi ses idées prédominent les pensées mystiques qui s'expriment par bouffées. L'accès se complète quinze jours après : l'agitation est extrêmement vive avec cris, propos incohérents, fuite des idées et mouvement impulsif. L'enquête a permis de retrouver dans son histoire des périodes dépressives.

Observation XXXIV.

Le certificat de « vingt-quatre heures » de Mlle Do..., 22 ans, porte : « Accès de manie. » Les renseignements fournis par sa communauté permettent de retrouver chez elle des alternatives d'excitation et de dépression avec asthénie. L'accès calmé, elle demeurera à l'hôpital apathique et indifférente, parfois maniérée et sans aucune initiative. Elle quittera Château-Picon pour retourner dans son pays d'origine, l'Italie.

Les 7 observations que nous rapportons correspondent aux variétés classiques de la psychose périodique. Nous y trouvons l'hypomanie qui, dans une observation, a précédé l'accès maniaque (début progressif), la manie aiguë avec son agitation extrême et la manie délirante où nous remarquons, comme nous l'avons fait pour les syndromes mélancoliques, prédominent les idées mystiques. Nous avons trouvé en particulier des hallucinations qui, en général, sont rares. Le délire est à type de persécution ou de mégalomanie que nous pourrions dire mystique (cas de Mlle Be...). Si nous considérons dans leur ensemble ces troubles thymiques, nous pouvons observer les diverses variétés des psychoses périodiques. C'est le problème que pose l'existence de cette psychose chez les religieuses que nous voudrions maintenant essayer d'analyser.

La pathogénie des psychoses périodiques est encore inconnue. La fréquence que nous avons constatée peut s'expliquer en partie par le fort pourcentage du sexe féminin (70 %). Tous les aliénistes, depuis Esquirol jusqu'aux psychiatres

allemands, ont insisté sur l'importance de l'hérédité [72]. Des recherches génétiques ne nous ont pas malheureusement été possibles. Mais nous insisterons sur l'importance de ces investigations dans l'examen médical préalable à l'entrée en religion [120]. Si la part de la constitution et du tempérament a donné lieu à de fortes critiques (thèse de Cegelnicki en particulier) [84], il est admis classiquement, et les travaux modernes insistent spécialement sur l'aspect caractérologique [69], que la psychose périodique se développe sur un terrain cyclothymique, sur la cycloïdie de Kretschmer [35] ou sur une constitution émotive ou anxieuse. Or, à supposer qu'il existe un tempérament religieux, celui-ci ne peut être univoque, et pour employer la terminologie de Kretschmer il pourrait se voir aussi bien chez le schizoïde que chez les cycloïdes ou que dans les groupes de transition, au Rorschach avoir un type de résonance intime introversif (et introverti) ou extratensif ou coarté (et coartatif) ou ambiéqual [111]. Mais la vie religieuse, par la constante tension de perfectionnement qu'elle suppose, par l'angoisse qu'elle amplifie dans la vie humaine, par les problèmes d'ascèse, de contrôle qu'elle pose, accroît fatalement la variation de l'humeur dont parle Rorschach. Les religieuses subiront donc dans les limites de leur tempérament une accentuation de ses caractères, et comme le dit Rorschach, « si l'homme vit et ambitionne moins qu'il n'éprouve » [111], il nous paraît que la religion peut mobiliser des possibilités de résonance intime que la vie habituelle néglige. Dans certains cas, le pathologique sera atteint. La psychose de Tauler (voir sa belle *Cantate de la nudité*) [26], les troubles mentaux du P. Surin [100], traduisent précisément l'échec de ces tentatives. Rappelons que l'abbé Géraud, dans sa thèse de médecine [55], insiste sur la cyclothymie, qui doit également, pour lui, faire écarter d'une vocation religieuse. Mais notons que certains théologiens actuellement, reprenant un proverbe portugais cher à P. Claudel (dans *le Soulier de Satin*), admettent la coexistence possible de la folie et de la grâce et même l'action de la grâce par la folie [100].

II

DELIRES DEMONOPATHIQUES

Qui parcourt les observations des religieuses internées est frappé par la fréquence de la présence du diable dans leurs propos. On le retrouve à la source de la plupart de leurs idées délirantes, qu'il les persécute directement, transformant leur calme existence en un monde hostile, qu'il aille même jusqu'à les habiter, ou que, prenant le masque du démon de la Perversité, il les entraîne dans l'anxiété du suicide et de la damnation. Ce sont les principaux aspects que peuvent prendre les délires démonopathiques que nous allons retrouver dans les neuf observations suivantes.

A

Dans les premières, le délire ne constitue point l'élément essentiel, mais l'état de dépression psychique ou la mélancolie s'accompagnent d'idées de damnation que viennent renforcer la croyance à une intervention diabolique et parfois l'existence de troubles psycho-sensoriels.

Observation XXXV.

Mlle Jos... (Angèle), 26 ans, entre dans un état de dépression psychique à l'Hôpital Château-Picon. Elle accuse une profonde tristesse, sa pensée se concentre douloureusement sur les mêmes idées. Elle est indigne de sa vocation, elle a fait échec à la grâce de Dieu sur elle. Toute une série d'idées viennent appuyer en elle cette croyance. Elle a dû commettre des attentats contre la religion, elle a dû implicitement, intérieurement, faire un pacte avec le diable. Elle a donc offensé Dieu, elle est donc indigne de vivre. Dieu la réprouve. « Il ne m'a jamais parlé, dit-elle, parce que j'étais trop mauvaise. » Elle s'est méprise sur sa vocation, elle doit mourir, elle a fait plusieurs tentatives de suicide.

Le Docteur Ducos, dans son certificat de vingt-quatre heures, porte le diagnostic de « mélancolie à forme auto-accusatrice ». Mais chez Mlle Jos... (Angèle), le diable va prendre de plus en plus d'importance. « J'ai toujours été très mauvaise, c'est le diable qui m'a fait entrer au couvent. » Elle va remonter dans l'histoire de sa vie religieuse, y découvrir à chaque moment la présence de Satan, à sa première communion : « J'ai mis un premier pas en Enfer », sa première année de postulat, sa première année de noviciat... Toujours le diable était présent, la dirigeant, la gouvernant, inspirant ses moindres actes. Elle n'est point possédée par lui, il demeure hors d'elle, mais c'est l'ange rebelle qui s'est substitué à l'ange chargé de la garder. Et le certificat de quinzaine du Docteur Ducos déclare : « Mélancolie anxieuse à forme délirante. Il existe des idées de culpabilité, d'indignité, d'influence diabolique sans idée de possession, mais allant jusqu'à des idées de damnation définitive. Il ne paraît pas exister de troubles psycho-sensoriels. »

Observation XXXVI.

Mlle Def... (Blanche), 37 ans, entre en 1933 pour un état de dépression psychique. Tout en elle fait porter le diagnostic de syndrome mélancolique. Son attention est péniblement concentrée sur son malheur. Sa tristesse, son anxiété, vont parfois jusqu'à la crise d'angoisse avec des impressions d'étouffement et de torsion du cœur. Elle est certaine de sa damnation, puisqu'elle est coupable envers Dieu de n'avoir pas rempli les devoirs de sa vocation, elle est indigne des grâces que Dieu lui avait accordées, et elle fait l'aveu de visions diaboliques. Car elle voit le diable sans vouloir décrire son aspect : sans doute le voit-elle mal, puisque c'est toujours le soir, la nuit, qu'il lui apparaît. Mais elle l'entend, par une oreille qu'un examen montre le siège d'une inflammation aiguë. Il lui dit qu'elle est damnée, qu'il n'y a plus d'espoir pour elle que la mort. Il la persécuterait même plus intimement si elle ne se défendait. Mais elle ne ressent pas heureusement sa possession.

Observation XXXVII.

C'est dans un état faisant pressentir un pronostic sévère que Mlle Au... (Louise), 28 ans, entre en 1924. Son attitude est réticente : elle refuse de se laisser examiner, elle se tait. Instable jour et nuit, maniérée dans sa pose, parfois violente, incohérente dans ses rares paroles, elle a inquiété la supérieure de sa communauté. Lorsqu'elle se décida à parler, elle révéla la présence chez elle d'hallucinations nombreuses, et elle traduisit la crainte profonde qu'elle avait du démon. Car Satan la persécutait, il cherchait à la posséder, et le moindre objet était pour elle un lieu d'où il fallait le déloger. Elle était surtout certaine qu'il s'insinuait dans ses aliments, qu'il cherchait par ce moyen à pénétrer en elle pour la dominer. La vue, l'ouïe, le goût..., l'ancraient dans cette croyance. Dix-sept ans plus tard, Mlle Au... présentait une désintégration complète des facultés mentales avec incohérence des propos, paroxysmes d'agitation automatique, inconscience et gâtisme.

B

Nous retrouvons les mêmes idées de persécution démoniaque dans l'observation de Mlle Po... (Rose), qui se présente à son entrée dans un état de dépression psychique avec délire systématisé de persécution. Là, le diable prend une place dominante. C'est lui qui est le point central du délire, c'est lui le persécuteur tout-puissant.

Observation XXXVIII.

Des hallucinations multiples, surtout auditives, font penser à cette religieuse âgée de 59 ans que Satan l'a distinguée. Il lui dit qu'il l'a choisie, qu'il l'a réservée pour son Enfer. Car « le diable lui aussi a ses religieuses ». Ce délire va subsister, entraînant chez Mlle Po... un état dépressif permanent avec réactions mélancoliques et confinement au lit. Lors d'un certificat de transfert, le Docteur Quercy dira sur la situation de cette malade : « Etat dépressif chronique avec idées de persécution démoniaque, hallucinations auditives, tristesse vague, désir d'expiation, inactivité, confinement au lit. »

Ce sera toujours le diable qui donnera un aspect particulier au délire de persécution que deux religieuses d'un même couvent firent contre leur supérieure.

Observation XXXIX.

Mlle Gi... (Marie), 68 ans, accuse sa supérieure d'avoir fait un pacte avec le diable. Cela lui donne un immense pouvoir sur elle. La supérieure persécute Mlle Gi..., elle profite de la nuit pour venir la piquer, elle a tenté plusieurs fois de lui arracher les yeux, elle agit sur ses membres et la rend paralytique, mais elle connaît aussi ses pensées, elle les devine, elle prévoit ses actes et peut toujours la mettre dans la pire des situations. Elle cherche aussi à l'empoisonner en mettant de la soude dans son eau. C'est un délire de persécution, au complet, que la malade présente vingt-quatre heures après son entrée à l'hôpital.

Là, les manifestations vont se poursuivre. Pas une nuit où la supérieure ne vienne la piquer, la tailler; pas une de ses pensées qu'elle ne connaisse, même loin du couvent, car le diable intervient de plus en plus. C'est lui qui agit pour elle, c'est lui qui lui permet de venir torturer sa chair, lui qu'elle ne voit pas, mais qu'elle sait être la seule explication de ses maux. A la quinzaine, le Docteur Ducos porte le diagnostic de « délire chronique de persécution », et signale : « Plusieurs autres religieuses présenteraient un délire à peu près semblable, il s'agirait donc d'un délire collectif. » Quatorze ans après, le Docteur Quercy certifie : « Délire de persécution, actuellement atténué par la satisfaction qu'a apportée à la malade la mort de ses principaux persécuteurs (deux supérieures de son ordre et un vicaire général) ».

Observation XL.

Mlle Bo... (Jeanne), 51 ans, entrera à Château-Picon vingt-quatre heures après la précédente. Une injustice a soulevé sa colère : « Je me suis trouvée en face d'une supérieure possédée du démon... » Elle a voulu défendre sa compagne, elle s'est plainte : « Si je suis ici, c'est parce que j'ai défendu la cause de

Dieu. » Contre cette possession diabolique, Mlle Bo... s'est dressée. « J'ai senti physiquement l'Esprit divin pénétrer en moi... » Elle va nous révéler les horreurs diaboliques de sa communauté. « En récréation, il se passait des choses horribles, il y a une société secrète des possédées du démon. » Dans les mois qui suivront, l'agitation et les violences qui l'avaient fait interner d'urgence s'apaiseront. Un délire mystique subsistera, elle écrira des révélations soufflées par l'Esprit-Saint, et sa communauté la reprendra, sans qu'elle ait rectifié en rien ses idées délirantes.

C

Mais le démon peut se faire encore plus présent, et ce sont des délires de possession démoniaque que nous allons rapporter.

Observation XLI.

Mlle Sa..., 35 ans, est religieuse depuis quinze ans dans un ordre qui s'est imposé de garder et soigner les malades. Sa conduite avait été absolument normale. Mais voilà qu'elle croit s'être trompée. Elle n'est pas faite pour une vie active, elle demande à ses supérieures de lui permettre d'entrer dans un ordre contemplatif. Il lui semble, en effet, qu'elle n'est plus dans la droite voie, des scrupules lui viennent, elle multiplie ses confessions. Brusquement, elle a l'intuition d'être possédée. Tout s'éclaire, le diable est en elle, il habite son ventre, ses entrailles. « Je suis violée par le diable », dit-elle, reprenant la vieille confession du *Sabba*. Elle essaie bien de lutter, mais le diable la reprend quand il veut. Installé en elle, il la dirige, provoquant de grandes crises d'agitation durant lesquelles elle brise les objets, bat les autres malades, et la laissant, lorsqu'il se retire, dans la souffrance, les pleurs, la certitude de la damnation et le goût du suicide. Il va jusqu'à lui montrer la Vierge, la projeter devant elle pour qu'elle la profane. Il prend plaisir à agir sur ses organes et à lui donner des sensations sacrilèges envers les grâces qu'elle a reçues.

Observation XLII.

Mlle Mi... (Marthe), 26 ans, entre à l'hôpital dans un état de profonde dépression psychique. Car elle est indigne de vivre, elle est condamnée, elle sera décapitée. Tous, autour d'elle, sont en accord à ce sujet : il faut la supprimer. C'est que Mlle Mi... n'est plus elle-même. Quoique religieuse d'un ordre contemplatif très sévère, elle est dépossédée de sa volonté. Le diable est entré en elle, c'est lui qui maintenant la dirige, la gouverne. Ses réponses sont lentes, imprécises, elle n'arrive plus à retrouver ses souvenirs. Elle est le plus souvent inerte, repliée sur elle-même, peureuse. Mais parfois le démon se déchaîne en elle. Elle est alors hargneuse, méchante envers qui l'interroge, blessante et s'agite bruyamment, de façon désordonnée, allant jusqu'à briser les objets qui l'entourent. Elle fait une tentative de suicide. Le docteur Quercy la soumet à un traitement par le cardiazol. Elle peut sortir un an après « calme, jugeant bien sa situation ».

Observation XLIII.

Mlle Po..., 30 ans, était entrée à Château-Picon pour un délire de persécution. Dans le couvent où elle était religieuse, on lui disait des mots blessants, on la tracassait, elle croit même qu'on voulait l'empoisonner, et certains de ses aliments lui ont paru avoir un goût bizarre. C'est à l'hôpital que ce délire un peu fruste va s'étoffer. Pourquoi venir là si ce n'est pour fonder une communauté. Mais le diable veille, qui cherche à s'y opposer. Et voilà qu'elle rattache ces impressions bizarres des sens qu'elle ressent à l'intervention diabolique, car Satan a fait, dit-elle, un « sorcilège » sur elle. Qu'est-ce sinon le mauvais esprit qui s'insinue en elle, contre lequel il faut lutter ? Il lui cause bien des ennuis, tous ces troubles de ses sens, ces voix qui lui disent qu'elle est damnée, qu'elle appartient au diable, ces sensations bizarres dans tous ses organes, l'impossibilité de prier et des visions sacrilèges de la Vierge. Mais la Vierge même est là pour la consoler. Elle lui dit : « Dieu t'a donné l'ouïe du « sorcilège », elle lui confère ainsi le pouvoir de résister au démon. Dans les années qui suivront, la lutte

du Bien et du Mal en Mlle Po... sera de plus en plus difficile à suivre. Le « sorcilège » donnera de nombreux autres néologismes et la dissociation se produira lentement jusqu'à son décès.

1° Quelles ont été les circonstances cliniques dans lesquelles nous avons trouvé des délires diaboliques ? Elles se groupent en deux syndromes :

— un syndrome mélancolique qui va de la simple dépression psychique jusqu'à la mélancolie anxieuse avec idées de suicide; on retrouve alors des idées d'auto-accusation, des remords, des scrupules qui concernent ici spécialement la vocation, l'indignité devant les grâces accordées à la vie religieuse, la peur des fautes sexuelles (18 cas sur 30 dans la thèse d'Artur) [2].

— des délires hallucinatoires chroniques. Le diable y est le grand persécuteur. Il agit directement ou par l'intermédiaire d'une compagne, parfois d'une supérieure. Il dit des grossièretés, il fait voir l'Enfer, il s'insinue dans les aliments, il commande les pensées et les actes, il va même jusqu'à habiter les corps. Parfois, le Bien intervient, la Vierge, dans une de nos observations, qui console, s'oppose au mal dans ce que l'on a nommé le « manichéisme délirant ». Notons, comme l'ont montré Bellamy et Fromenty, le rôle de la sexualité dans certaines de leurs hallucinations [8 et 51] et sur laquelle insiste le Professeur Lhermitte [88].

Citons aussi le cas de Mlle Po..., dont l'évolution a permis de porter un diagnostic de dissociation mentale et dont le délire était au début, malgré un néologisme, très proche de la forme hallucinatoire chronique.

2° Comment pouvons-nous expliquer l'apparition de ces idées délirantes. Le remarquable rapport du Docteur Guiraud au Congrès psychiatrique de 1950 nous permet de rapporter les diverses pathogénies modernes des délires [29].

Nous retrouvons chez ces malades les anomalies psychologiques sur lesquelles les phénoménologistes ont appuyé. La croyance diabolique implique bien cette transformation

de la personnalité sur laquelle insiste Jaspers, la tonalité pénible que signale Gruhle (Artur, dans sa thèse, note avec soin tous leurs troubles de la sensibilité) [2].

La théorie psychanalitique des délires pourrait chercher confirmation dans notre cas 38, où la supérieure de sa communauté est peut-être considérée comme le substitut du père, identifié par la suite au diable, par un mécanisme de contraste fréquent, l'attachement et l'amour devenant haine, puis persécution. De nombreuses réactions de nos religieuses répondent d'ailleurs à l'obsession de ces actes contraires : une d'elles est poussée à profaner la Vierge, la Mère.

Pour Janet, deux sentiments dominent les délirants : le sentiment de vide qui sera à l'origine des sentiments d'emprise et le sentiment d'une action humaine extérieure et intentionnelle. Ces sentiments complexes élaborés par l'humanité seraient donc imparfaits chez ces délirants. Nous le notons aussi dans nos observations.

D'après H. Ey, le délire s'identifie au rêve. C'est la nuit que la supérieure vient piquer Mlle Gi... Mlle Def... (Blanche) ne voit le diable que le soir. Toute une activité onirique semble exister dans ces cas. Là peut s'être produite une libération, et l'histoire vécue du malade peut en expliquer l'aspect.

Enfin, P. Guiraud fait intervenir une anomalie partielle ou globale du dynamisme psychique primordial. Une excitation anormale ou une hypo-activité pathologique ne sont pas reconnues comme personnelles par le Moi. Elles s'exprimeront alors par d'autres modes inférieurs de pensée selon le mode xénopathique.

3° Mais pourquoi plus spécialement cette intervention diabolique, comment expliquer l'origine de cette systématisation alors que bien d'autres idées pourraient entrer dans cette mélancolie ou s'intégrer à ce délire ?

Il nous semble facile d'éliminer rapidement l'idée d'une insuffisance d'explication chez ces malades : une faiblesse du niveau mental dans ces « délires archaïques » de Wahl [126]. La loi d'Auguste Comte a subi bien des critiques. Le mysti-

cisme et plus spécialement l'intervention diabolique ne nous semblent pas n'apparaître que chez des sujets incapables de donner des explications rationnelles. S'agit-il d'ailleurs vraiment d'explications ? La psychiatrie moderne tend à diminuer de plus en plus la construction logique dans les délires. Les interventions scientifiques de certaines malades, les ondes, les rayons, l'électricité [117], nous paraissent aussi naïves que peut sembler naïve la croyance aux démons. Il nous semble peu utile d'opposer à l'explication mystique l'explication rationnelle si derrière cette opposition ne se cache l'idée d'une hiérarchie d'explication [105 et 83].

Car cette croyance au démon est une croyance générale. Les travaux historiques fourmillent dont l'érudition montre à travers époques et civilisations, à travers fois et religions, la permanence de l'existence du diable (rappelons en particulier la thèse de M. Fave) [46]. Certaines études approfondissent d'une étonnante manière le sens de cette présence.

Mais il nous paraît que notre civilisation actuelle, si scientifique qu'elle soit, porte plus spécialement la marque de cette existence. Il nous suffit de rappeler le livre de Denis de Rougement, *La part du diable*, et sa présence dans tous nos arts [7], surtout dans nos lettres, d'un André Gide à un Bernanos en passant par Paul Valéry [90]. Si le monde réduit le diable à un mythe, c'est le mythe du Mal qui, dans sa conception dualiste, manichéenne du monde, découvre à ce Principe qu'il oppose au Bien, une extraordinaire actualité de peur, de souffrances et de destruction [93]. Le chef ennemi, identifié à l'Antéchrist, incarne pour beaucoup l'emprise diabolique.

Que ce soit Lui qui intervienne dans tout ce Mal que nos malades découvrent en elles semble, dès lors, s'expliquer Mais cela s'expliquera bien plus chez les religieuses que nous étudions. Pour elles, le démon ne doit plus être un mythe, mais un être qui existe, un Ange rebelle et déchu (H.-L. Marrou). « Pour constituer un délire, l'aliéné fait appel aux notions qu'il possède, à ses souvenirs, aux principes que

l'éducation et l'expérience ont développés en lui » (Prof. Perrens, *Une affaire d'envoûtement* [101], p. 64). Comme le rapporte Artur [2] (p. 102), Taguet avait insisté sur la fréquence de ce délire dans les asiles bretons. Si beaucoup de catholiques refusent actuellement de croire à l'existence réelle de Satan ou ne l'interprètent que de façon symbolique (ce diable-mythe nécessité par l'ambivalence fondamentale des sentiments humains, comme dit M. Choisy) [25], la vie religieuse tend à donner plus de présence au démon qui théologiquement, comme tout être créé, participe de l'existence mais avec la déchéance, le vide que provoque le Mal. Il semble, dès lors, normal que cette déchéance ressentie, ce vide, cette perte d'existence, soient rapportés à la créature déchue.

Quels sont donc les caractères de déchéance que nos malades rapportent à l'action diabolique. La littérature est très riche sur les états de possession et les persécutions diaboliques [122 et 53]. Nous n'avons pas à reprendre les grands exemples historiques de possession si bien étudiés par Calmeil [23], Brierre de Boismont [21] (p. 393) et Bourneville [18], comme ceux cités par Pierre de Lancre au XVI^e^ siècle, le cas du P. Surin et des Ursulines de Loudun au XVII^e^ siècle [34], les Convulsionnaires du cimetière de Saint-Médard au XVIII^e^ siècle [23], les démêlés de Huysmans et des prêtres hérésiarques au XIX^e^ siècle [65 et 16], le cas de Sibylle publié il y a quelques années par le Professeur Lhermitte [87] (p. 202), et celui de Marie M... publié par le Professeur Perrens [101]. Tous présentent les mêmes traits communs. Nos observations comprennent des signes identiques à ceux notés dans les autres descriptions [23]. La personnalité de nos religieuses change [88] lorsque le démon intervient, les attitudes se transforment, les violences apparaissent, la parole émet des grossièretés indignes de l'éducation intérieure, des troubles organiques se produisent. Aucune n'a cependant présenté les signes intellectuels qu'ont notés les exorcistes : la connaissance des langues, la vision du futur, la lévitation, les déplacements dans l'espace [91].

Mais nous retrouverons chez elles les deux obsessions fondamentales sur lesquelles insiste le Docteur Vinchon [124] : l'obsession de solitude morale et d'infériorité, nette au moment décisif de la vocation religieuse et les obsessions de culpabilité qui, entretenues, entraînent le sentiment de la nécessité du châtiment. Certaines de nos observations concordent avec celle du P. Surin. La croyance à la damnation fait naître des tentatives de suicide, des obsessions par contraste poussent aux actes contraires (profaner la Vierge par exemple).

4° S'agit-il donc de possession ou de pseudo-possession diabolique ? Le Professeur Lhermitte, dans son étude de l'ouvrage collectif *Satan* [88], montre les relations qui existent entre le tableau clinique de ces possessions et le simple délire de persécution. Dans les deux cas existe le sentiment d'une influence étrangère, des impressions de vol de la pensée, de divination, des interprétations, des hallucinations : en résumé, tous les aspects d'une psychopathie. L'Eglise catholique est très prudente à ce sujet. Le Rituel Romain invite l'exorciste à la méfiance « ... souventes fois, les trop crédules sont trompés, et trompent l'exorciste » (Actes du Synode de Reims de 1583, *in* R. P. Bruno de J. M., *La Belle Acarie*.) C'est dire que la consultation de spécialistes des maladies mentales est recommandée. Ce fut le cas pour nos observations qui ont toutes été rattachées à un des syndromes psychiatriques connus. Mais le Rituel indique trois signes spécifiques de la possession : usage ou intelligence d'une langue inconnue; connaissance des faits distants ou cachés; manifestation de force physique dépassant l'âge ou la condition du sujet. Nous avons déjà dit qu'en aucun cas ces signes n'avaient été constatés, ces signes que les théologiens nomment préternaturels.

Nous avons montré dans ce chapitre la grosse majorité des idées de persécution diabolique dans les délires des religieuses. Nous avons constaté qu'elles pouvaient présenter trois degrés : la persécution par un être possédé, la persécution par

le diable et la possession diabolique. Nous les avons rattachées à deux grands syndromes psychiatriques : la mélancolie où les idées sont en général frustes et le délire hallucinatoire qui va jusqu'à la démonopathie interne. Nous avons brièvement rappelé ensuite la pathogénie du délire dont les mécanismes nous ont semblé variés. Cherchant la raison de l'intervention diabolique, nous avons éliminé une insuffisance d'explication répondant à la loi de Comte. Nous avons insisté sur l'importance du diable dans notre civilisation, sur le rôle de l'éducation et des croyances, sur la constitution psychologique, la cause toute initiale nous restant inconnue. Nous avons montré enfin que nos descriptions cliniques s'accordaient aux multiples descriptions de la littérature des possessions diaboliques. Mais nous avons terminé en réservant le terme de possession au cas théologiquement admis et en montrant que nos observations n'étaient que des pseudo-possessions ou mieux, pour ne pas parler théologie, des délires démonopathiques.

III

LES INADAPTATIONS

La vie religieuse est une vie communautaire [1]. Elle suppose un certain sacrifice de sa personnalité, l'abandon de quelques aspects de son individualité, une obéissance absolue [58]. Certaines religieuses ne peuvent se plier à ces obligations, s'accorder à la règle, quelle que soit la compréhension des originalités individuelles par les supérieures. Ces troubles correspondent à des états psycho pathiques dans les observations suivantes.

A

Nous ne ferons que citer deux cas de débilité constitutionnelle :

Observation XLIV.

Mlle Sa..., 36 ans, exprime à son entrée à l'hôpital psychiatrique des idées délirantes puériles de maternité en relation avec des interprétations (paroles de ses compagnes), des hallucinations (grossièretés qui lui sont adressées) et de l'onirisme. Une plainte à l'Archevêque contre sa supérieure et les autres religieuses entraîna son hospitalisation. Les idées délirantes disparurent assez rapidement, et sa communauté la reprit.

Observation XLV.

Mlle Va..., 29 ans, présente une nette insuffisance de développement des facultés mentales. D'une vanité puérile, elle croit avoir reçu une révélation divine et a négligé, par la suite, toute activité,

(1) L'état religieux est une manière stable de vivre en commun. (*Droit canonique*, 487.)

présentant des troubles du comportement, du désordre, qui ont obligé sa communauté à l'exclure. A l'hôpital, elle déclare avoir vu la Vierge. Elle critique sa communauté pour l'avoir exclue, et elle révèle qu'un homme qui veut l'épouser est la cause de cette persécution. Elle sortira un an après, gardant, comme dit le Docteur Anglade, un « équilibre moral... un peu fragile ».

Sans juger en aucune manière la vocation religieuse de ces malades, il faut insister sur la fréquence des troubles mentaux qu'ils peuvent présenter, et qui se sont traduits ici, non par une bouffée d'excitation, mais par un délire puéril et une instabilité gênant la vie communautaire [114].

B

Bien plus complexe est le cas des déséquilibrées qui ne présentent pas toujours une insuffisance mentale.

Observation XLVI.

Mlle Pe... est entrée en religion à l'âge de 26 ans. Elle a prononcé des vœux perpétuels, mais ses supérieures ne veulent plus la revoir. Les troubles se sont surtout développés depuis la guerre. Résidant en Seine-Inférieure, elle subit des bombardements répétés. Son déséquilibre est net dès 1945 : elle est triste, concentrée sur elle-même, s'isole ou fait des caprices, des colères, toujours très irritable. Il ne fait que croître jusqu'en 1947, époque à laquelle elle présente une très violente agitation avec cris, gesticulations, coups. Elle s'enferme même volontairement vingt-quatre heures. Sa supérieure, devant ses antipathies pour ses compagnes, décide un changement de communauté. Mlle Pe... est envoyée à Bordeaux, où elle demeure quelque temps plus calme. Mais bientôt son agitation reprend, elle redevient irritable et fait des crises multipliées avec convulsions, injures, sanglots, trépignements, bris d'objets, marche précipitée en rond, menaces. Elle s'enfuit du couvent plusieurs fois pour errer à travers la ville et se plaindre. Puis c'est un état de dépression avec prostration, mutisme. On lui donne des

sédatifs, et la supérieure l'envoie se reposer en famille à la campagne. Là, elle multiplie les fugues, disparaît, laissant ses parents dans l'inquiétude. On doit l'hospitaliser d'urgence et la transférer dans un service d'observation psychiatrique. Elle y subit des E.C., 7, mais l'agitation s'accroît : nouvelles fugues, visites des prêtres de la ville, auxquels elle se plaint. On doit l'interner. Le Docteur Trivas, dans son certificat de vingt-quatre heures, écrit : « Présente depuis plusieurs mois des troubles du caractère et de l'humeur. Instabilité. Réactions coléreuses. Impulsivité. Dramatisme. Exaltation... » Elle est transférée à Château-Picon. Mlle Pe... a fait à sa supérieure une violente scène, se plaignant de sa congrégation, des incompréhensions et des mauvais procédés de ses compagnes, extériorisant son animosité rancunière et aggressive. Elle lui a déclaré qu'elle demanderait la dispense de ses vœux et qu'elle se suffirait à elle-même. Notons enfin l'aspect infantile de cette malade.

L'observation de cette malade montre un net déséquilibre. Malgré les changements de communauté, un séjour à la campagne, ce sont les mêmes violences, les mêmes reproches, les mêmes crises d'agitation proches de la crise pithiatique qui ont détourné d'elle toutes ses compagnes. Aucun de leur effort, aucune tentative d'apaisement, n'ont été compris. Les supérieures semblent bien avoir montré à Mlle Pe... la part qu'elle avait dans ses colères, ses antipathies, ses crises et son émotivité anormale. Elle a été traitée physiquement par des sédatifs nerveux, une suralimentation destinée à lutter contre cette dépression qu'elle rapportait à des bombardements répétés. Elle a été traitée moralement, changée de communauté, elle est sortie temporairement du couvent, aucun changement n'a été constaté. Aussi n'est-on pas étonné de la décision ultime qui a été prise contre elle et du refus de la voir de ses supérieures [1]. Le Rorschach pratiqué chez

(1) Le Code de Droit canonique, qui exige trois délits pour le renvoi d'un religieux de vœux perpétuels, ne demande pour une religieuse que des « motifs graves » (qui ne supposent pas un délit canonique ou une faute grave) comme

elle montre d'ailleurs sa labilité, son impulsivité. Si les réponses couleur prédominent, son extratensivité est toujours incertaine, inéquilibrée. Dans son T.A.T., aucune réponse n'a trait à sa vie religieuse. La planche VIII est ainsi interprétée : « Une jeune fille qui songe, qui fait des rêves d'avenir : quand elle sera mariée, elle songe à son nouveau foyer, si elle pouvait trouver un mari selon ses désirs. » Tout semble traduire une inadaptation à la vie religieuse [39].

C

Le comportement de certaines malades d'un niveau mental normal, assurées de leur vocation et attachées à leur communauté, ne constitue pas moins un drame pour elle, du fait de leur constitution. Tel est le cas des paranoïaques [74].

Observation XLVII.

Mlle So..., 66 ans, s'est destinée dès sa première communion à la vie religieuse. Issue d'une famille modeste, elle a travaillé de 11 à 19 ans 1/2 comme bonne à tout faire, mettant de l'argent de côté pour payer sa dot. Elle n'a jamais désiré se marier, elle insiste au contraire sur la beauté de la cérémonie de sa prise d'habit. Elle reste trois ans en communauté, puis quitte le couvent dans les dramatiques moments de l'année 1909. Elle réclamera longuement, lors de son départ, l'intégrité de sa dot, son trousseau et se souvient encore de deux draps manquants. Dès lors, elle se place, puis entre en clinique. C'est une longue suite de compliments élogieux qu'elle rapporte à son sujet. Elle hérite de tous ses patrons, sauve de la faillite plusieurs médecins, et c'est riche, estimée, admirée, qu'elle est internée à Maisons-Blanches à la suite d'une plainte au commissariat de vols, de surveillances policières destinées à la dépouiller. Transférée en province, elle est vue par le Docteur Fretet, qui déclare à son sujet : « Déséquilibre mental. Constitution paranoïaque : satisfaction de soi. Rigidité intellectuelle. Méfiance.

---

une manière d'agir de nature à causer un dommage grave à un Institut (scandale, par exemple), continu, avec incorrigibilité et sans qu'il y ait espoir d'amendement. (A. Cance, *Le Code du Droit canonique*, Gabalda, 1934, p. 154.)

Troubles du jugement. Querelles consécutives. Plaintes multiples. Reproches. » Le T.A.T. met en évidence les éléments de cette constitution dans l'interprétation précieuse des planches et le contentement de la malade. Mlle So... est internée depuis plus de cinq ans à l'Hôpital Château-Picon, où elle fait des périodes d'excitation hypomaniaque et de dépression mélancolique.

Toute l'observation de Mlle So... porte la marque de la constitution paranoïaque [54]. Dès la première communion, la vocation s'est affirmée. Les examens, les tests actuels, découvrent en elle plus de vanité que de sincérité, mais nous ne savons pas si elle n'existait pas alors. Sœur converse, se trouvant en état d'infériorité, elle n'hésite pas, lors des troubles de 1909, à reprendre la vie laïque. Dame de compagnie ou infirmière, elle amasse des économies, fait des placements, mais les interprétations apparaissent, qui la font interner. Mlle So.., si elle ne semble pas s'être heurtée à ses compagnes, n'a pu néanmoins demeurer en religion.

D

Enfin, les religieuses peuvent sombrer dans la démence. Nous n'insisterons pas sur la démence sénile, qui ne présente aucun intérêt particulier chez elles. Nous en avons relevé trois observations en vingt-cinq années. Le pourcentage nous a paru faible [84].

Observation XLVIII.

Mlle Cho.., 83 ans, « affaiblissement de la mémoire et du jugement, poussées d'excitation impulsive, quelques idées de persécution exprimées de façon un peu vague » (Prof. Perrens). Décès par cachexie.

Observation XLIX.

Mlle Ti..., 82 ans, « affaiblissement intellectuel compliqué tantôt de poussées confusionnelles, tantôt de mouvements d'agitation impulsive grossière ». Décès par ramollissement.

Observation L.

Mlle Du..., 78 ans, « démence artério-scléreuse » (Prof. Perrens).

Mais les religieuses peuvent aussi présenter un syndrome de démence précoce, qui est beaucoup plus intéressant.

Observation LI.

Mlle Kna..., 40 ans, évacuée de Sarreguemines, est décrite ainsi par le Professeur Perrens : « Démence précoce, confusion, mutisme, attitudes catatoniques, tics et stéréotypies du visage et de la tête. » Décès par scepticémie.

Observation LII.

Mlle Lo..., 50 ans, est absolument incohérente dans ses propos. « Démence précoce paranoïde. » (Prof. Perrens.)

Observation LIII.

Mlle Mo..., 54 ans, est une débile qui se dissocie. « Dissociation mentale, incohérence » (Prof. Perrens.) Décès par tuberculose pulmonaire.

Observation LIV.

Mlle Du..., 40 ans, est hospitalisée sur la demande de sa supérieure, parce que sa communauté ne peut la garder. Elle a cessé toute activité, cherche perpétuellement à fuir et présente des bouffées d'excitation psycho-motrice, durant lesquelles elle crie, chante, fait du scandale. Elle se présente à son entrée à Château-Picon dans un état dépressif avec des idées de persécution diabolique et des hallucinations multiples. Peu après, le diagnostic de démence précoce se confirme.

Observation LV.

Mlle Se..., 32 ans, entre à l'hôpital pour un délire de persécution avec hallucinations nombreuses et qui paraît très actif. Mais sa conduite est bizarre, elle refuse de manger, se tait. L'évolution montre la dissociation de cette malade, qui devient incohérente à l'âge de 32 ans.

Dans ces cinq observations, il est certain que l'hospitalisation a été nécessaire. La malade ne peut être gardée dans la communauté par suite de ses bizarreries, de ses crises d'agitation, de son mutisme, de son refus des aliments. Il est rare que la religieuse puisse revenir à son couvent, le pronostic demeure très réservé [94]. Nous insisterons simplement sur le nombre des cas.

Qu'il s'agisse de débilité, de déséquilibre, de paranoïa ou de démence, l'on comprend l'impossibilité pour ces malades de se plier aux règles de la vie communautaire. Les sacrifices qu'elle suppose, l'abnégation, l'humiliation, l'obéissance qu'elle demande, la discipline qu'elle impose, la compréhension mutuelle, la vie régulière qu'elle exige, ne peuvent leur convenir. Si les supérieures acceptent de reprendre la débile dans les intervalles des bouffées d'excitation, mais si elles refusent la déséquilibrée perverse, si la paranoïaque rompt avec elles plus ou moins publiquement, parfois non sans scandale, si la communauté ne peut s'occuper d'une démente, l'on comprend facilement la gravité des psychopathies dans certains couvents, qui souvent envoient leurs malades dans des départements voisins, comme s'ils désiraient cacher une tare.

CONCLUSIONS

I. — Nous rapportons toutes les observations de malades internées à l'Hôpital Château-Picon entre 1925 et 1950, et qui ont eu une vocation ou pseudo-vocation religieuse : 17 ont trait à des jeunes filles qui n'ont pas prononcé de vœux, les 38 autres posent le problème des psychopathies des religieuses. Sur les 6.500 entrées, d'après les rapports annuels de cette période, ce chiffre nous a paru faible. Il est bien inférieur — dans la mesure où l'on peut assimiler la vie religieuse à une profession — à celui des cultivatrices et des domestiques, et sensiblement égal à celui des institutrices.

En regard du nombre des religieuses de la Gironde, ce chiffre, réserve faite de malades traitées dans le département de leur maison-mère, nous paraît également minime.

Comme l'avait déjà dit Krafft-Ebing, la « vraie religion » (le catholicisme ainsi compris par opposition à ses déviations, créatrices des « psychoses de haine » que signale H. Baruk) et la vocation religieuse n'entraînent pas un accroissement des troubles mentaux.

II. — Les 17 observations des jeunes filles non religieuses, mais qui ont cru avoir la vocation, nous ont montré :

— que la psychologie du débile explique certains mobiles conscients de sa vocation;

— que les travaux analytiques permettent de découvrir, dans les désharmonies, les anomalies de l'histoire psychologique de certaines déséquilibrées, des motivations inconscientes;

— que le début de certaines psychopathies peut s'accompagner d'une croyance à la vocation, qu'il s'agisse des épileptiques si souvent religieuses, de périodiques dans leur phase d'exaltation, ou de D.P. dont nous rapportons 9 cas, longuement suivis à l'hôpital.

III. — La majorité des psychopathies observées chez nos 38 religieuses dépend des troubles thymiques; 10 de ces cas sur 17 concernaient les états dépressifs. La vie mystique — grâces et nuit des sens — ou les trois grands vœux peuvent expliquer leur fréquence. C'est dire l'intérêt de la recherche des constitutions, cyclothymique spécialement.

Les 9 délires observés ont tous été démonopathiques. Ils concordent parfaitement avec l'Histoire qu'a si bien évoquée Calmeil. Satan, si important au cœur des croyances catholiques, nous en a expliqué la fréquence.

Les 12 cas restants ont trait aux inadaptées à la vie communautaire. Dans 5 observations, ce furent des D.P. Les autres débiles, déséquilibrées, paranoïaques, sont la menace perpétuelle dans un couvent.

IV. — Si, en aucun cas, nous n'avons voulu juger d'une vocation, rôle qui appartient au théologien, nous nous croyons autorisé à dire qu'il existe des pseudo-vocations et que certaines psychopathies peuvent les provoquer. Si l'examen des sujets se croyant une vocation peut montrer des motivations non spirituelles ou pathologiques, et si certaines religieuses peuvent présenter des troubles mentaux graves pour l'ordre d'une communauté, il est naturel d'insister sur l'intérêt d'un examen spécialisé au moment d'une entrée en religion.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
G. PORTMANN.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
C. PERRENS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 27 juin 1951.
Le Recteur de l'Académie,
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

1. Allers (R.). — Aridité symptôme et Aridité stade. In *Etudes carmélitaines*, oct. 1937, p. 132.
2. Artur (R.). — De la possession démoniaque. Thèse Bordeaux, 1910.
3. Aumaitre (A.). — Contribution à l'étude de l'hystérie religieuse : Madame Guyon. Thèse Paris, 1907.
4. Baruk (H.). — Précis de psychiatrie. Masson, 1950.
5. — Psychiatrie morale expérimentale, individuelle et sociale. P. U. F., 1945.
6. Baruzzi (J.). — Saint Jean de La Croix. Alcan, 1931.
7. Bazin (G.). — Formes démoniaques. In *Etudes carmélitaines :* Satan, p. 507.
8. Bellamy (J.). — Les hallucinations érotiques. Thèse Bordeaux, 1900.
9. Belot (C.). — Les sentiments religieux. In Dumas, Nouveau Traité de psychologie, t. VI, Alcan, 1939.
10. Binet (A.) et Simon (Th.). — Définition de l'idiotie et de l'imbécillité. In *Ann. méd.-psych.*, mai 1910, p. 452.
11. Biot (R.). — Le corps et l'âme. Plon, 1938.
12. Biot (R.) et Galimard (P.), — Guide médical des vocations sacerdotales et religieuses. Spès, 1946.
13. Bochner (R.) et Malpern (F.). — L'application clinique du test de Rorschach. P. U. F., 1948.
14. Bonaparte (M.), — De la sexualité de la femme. In *Revue française de psychanalyse*, 1949, n^{os} 1, 2 et 3.
15. Borel (A.) et Robin (G.). — Les rêveurs éveillés. Gallimard, 1935.
16. Bossier (H.). — Un personnage de roman : le chanoine Docre de Là-Bas. *Les Ecrits*, Bruxelles, 1943.
17. Bougle (C.) et Raffault (J.). — Eléments de sociologie. Alcan, 1939.

18. Bourneville. — Bibliothèque diabolique. Editions du Progrès médical.

19. Boutonier (J.). — L'angoisse. P. U. F., 1945.

20. Bouvet (M.). — Incidences thérapeutiques de la prise de conscience de l'envie du pénis dans la névrose obsessionnelle féminine. In *Revue française de psychanalyse*, n° 2, 1950, p. 215.

21. Brierre de Boismont (A.). — Des hallucinations. Baillière, 1862.

22. Bruno de Jésus Marie (P.). — Témoignages de l'expérience mystique nocturne. In *Etudes carmélitaines*, oct. 1937, p. 237.

23. Calmeil (F.). — De la folie. Baillière, 1845.

24. Carrel (A.). — La prière. Plon, 1944.

25. Choisy (M.). — L'archétype des trois S : Satan, Serpent, Scorpion. In *Etudes carmélitaines :* Satan, p. 442.

26. Chuzeville (J.). — Le bienheureux Jean Tauler. In *Les mystiques allemands*, Grasset, 1935.

27. Claude (J.), Dublineau (J.), Ey (H.) et Rubénovitch (P.). — *Ann. méd.-psych.*, 1934, t. I[er], n° 4, p. 557.

28. Clérambault (G. de). — Les psychoses passionnelles. In *Œuvre psychiatrique*, P. U. F., 1942, p. 309.

29. Congrès international de Psychiatrie, 1950. Hermann.

30. Corte (M. de). — Philosophie des mœurs contemporaines. Librairie de Médicis, 1945.

31. Dalbiez (R.). — La méthode psychanalytique et la doctrine freudienne. Desclée de Brouwer, 1936.

32. Debesse (M.). — Essai sur la crise d'originalité juvénile. Alcan, 1936.

33. — Comment étudier les adolescents. Alcan, 1937.

34. Delacroix (H.). — Etudes d'histoire et de psychologie du mysticisme. Alcan, 1908.

35. Delmas (A.) et Boll (M.). — La personnalité humaine. Flammarion, 1922.

36. Dide (M.) et Guiraud (P.). — Psychiatrie du médecin praticien. Masson, 1929.

37. Dumas (G.). — La symbolisation. In *Nouveau Traité de psychologie*, t. IV. Alcan, 1934, p. 264.

38. Dupain (J.-P.). — Etude clinique sur le délire religieux. Thèse Paris, 1888.

39. Dupré (M.). — Les perversions instinctives. *Rapport XXII^e Congrès Médecins aliénistes et neurologistes*, Tunis, 1912.

40. Dupré (M.) et Logre. — Les délires d'imagination. *Encéphale*, 1911, t. I^er, p. 209, 337, 430.

41. Ellis (H.). — Etudes de psychologie sexuelle : l'évaluation de l'amour; la chasteté; l'abstinence sexuelle. *Mercure*, 1928.

42. *Etudes carmélitaines* : Le cas de Marie-Thérèse Noblet, vol. I, 1939. Desclée de Brouwer.

43. — Satan. Desclée de Brouwer, 1948.

44. Ey (H.). — Etudes psychiatriques, t. I^er. Desclée de Brouwer, 1948, p. 83 et 137.

45. — *Ibid.*, t. II. Desclée de Brouwer, 1950, p. 379 et 515.

46. Fave (M.). — Considérations sur les délires diaboliques. Thèse Bordeaux, 1932.

47. Fleury (M.). — L'angoisse humaine. Editions de France, 1924.

48. Fournier (M.). — Psychasthénie et démence précoce. Thèse Bordeaux, 1933.

49. François de Sainte-Marie (R. P.). — Initiation à Saint-Jean-de-la-Croix. Seuil, 1945.

50. Freud (S.). — Cinq leçons sur la psychanalyse. Payot, 1923.

51. Fromenty (L.-F.). — Erotisme et hallucinations. Thèse Bordeaux, 1925.

52. Garrigou-Lagrange (P.-R.). — L'amour de Dieu et la Croix de Jésus. Cerf, 1929.

53. Gayral (L. et J.). — Les délires de possession diabolique. Vigot, 1944.

54. Génil-Perrin. — Les paranoïaques. Maloine, 1927.

55. Géraud (J.). — Contre-indications médicales à l'orientation vers le clergé. Thèse Lyon, 1949.

56. Goust (F.). — L'adolescent dans le monde contemporain. Bloud et Gay, 1943.

57. Greef (E. de). — Essai sur la personnalité du débile mental. *J. psycholog.*, 1927.
58. — Notre destinée et nos instincts. Plon, 1945.
59. Grimbert (Ch.). — L'aridité de certains processus psychopathologiques. In *Etudes carmélitaines*, oct. 1937, p. 121.
60. Haulon (J.). — La paresse. Thèse Bordeaux, 1939.
61. Hesnard (A.). — La vie des instincts. Stock, 1926.
62. — Traité de sexologie normale et pathologique. Payot, 1933.
63. — L'univers morbide de la faute, d'après l'analyse de J. Rouart. In *Evolution psychiatrique*, 1950, p. 169.
64. Hubert (R.). — Traité de pédagogie générale. P. U. F., 1946.
65. Huysmans (J.-K.). — Préface à « Le Satanisme et la Magie » de J. Bois. Chailley, 1896.
66. Hyvert. — Contribution à l'étude historique des délires religieux. Thèse Paris, 1889.
67. Janet (P.). — De l'angoisse à l'extase. Alcan, 1928.
68. Jean de La Croix (Bienheureux). — Œuvres spirituelles, t. I^er^. Desclée de Brouwer, 1945.
69. Joyeux (J.). — Du caractère à la pathologie mentale. Thèse Bordeaux, 1946.
70. Jung (C.-G.). — Métamorphoses et symboles de la libido. Montaigne, 1927.
71. Kahn (P.). — La cyclothymie. Thèse Paris, 1909.
72. Krafft-Ebing (R. von). — Traité clinique de psychiatrie. Maloine, 1897.
73. — Psychopathia sexualis. Payot, 1931.
74. Lacan (J.). — De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. Thèse Paris, 1932.
75. — La famille. In *Encyclopédie française*, VIII, 8, 40.
76. Lacroix (R.). — Timidité et adolescence. Aubier, 1936.
77. Lacroze (R.). — L'angoisse et l'émotion. Boivin, 1938.
78. Ladame (P.). — Névroses et sexualité. *Encéphale*, 1913, n^os^ 1 et 2.
79. Lagache (D.). — La vie sexuelle de l'homme. *Encyclopédie française*, VIII, 8, 36.

80. Laignel-Lavastine (Prof.) et Zeller (R.). — Psychologie de la dévotion à sainte Thérèse. In *Une Sainte parmi nous*, Plon, 1937, p. 163.

81. Laignel-Lavastine (Prof.). — Concomitance des états pathologiques et des trois signes. *Etudes carmélitaines*, oct. 1937, p. 154.

83. Lévy-Valensi (J.). — Mentalité primitive et psychopathies. *Ann. méd.-psych.*, mai 1934, p. 676.

84. — Précis de psychiatrie. Baillière, 1948.

85. Le Roy (E.). — Introduction à l'étude du problème religieux. Aubier, 1944.

86. Lhermitte (J.). — Etude biologique des Etats d'aridité mystique. *Etudes carmélitaines*, oct. 1937.

87. — L'image de notre corps.

88. — Les pseudo-possessions diaboliques. In *Satan*, p. 472, et *Encéphale*, n° 10, 1946-1947, p. 261.

89. Louis de la Trinité (P.). — Sèche et obscure nuit de contemplation. *Etudes carmélitaines*, oct. 1939.

90. Magny (Cl.-E.). — La part du diable dans la littérature contemporaine. In *Satan*, p. 573.

91. Maquart (F.-X.). — L'exorciste devant les manifestations diaboliques. In *Satan*, p. 328.

92. Marchand (A.) et Ajuriaguerra (J. de). — Les épilepsies. Desclée de Brouwer, 1948.

93. Marrou (H.-I.). — Un ange déchu, un ange pourtant. In *Satan*, p. 28.

94. Masselon (R.). — La démence précoce. Joannin, 1904.

95. Mendousse (P.). — Contribution à la pédagogie de l'adolescent. Alcan, 1909.

96. Minkowski (E.). — La schizophrénie. Payot, 1927.

97. Monnerot (J.). — La poésie moderne et le Sacré. Gallimard, 1945.

98. Montassut (M.). — La dépression constitutionnelle. Masson, 1938.

99. Nodet (Ch.-A.). — Les attraits névrotiques à la vie religieuse. In Supplément de *la Vie spirituelle*, n° 14, p. 279.

100. Penido (T.-L.). — Grâce et folie : A propos du P. Surin. *Etudes carmélitaines*, 1939, vol. I.

101. Perrens (Ch.). — Une affaire d'envoûtement. Bordeaux, 1927.

102. — Considérations médicales sur la psychanalyse. Fraysse, 1939.

103. Peyron (J.-P.-M.). — La timidité. Thèse Bordeaux, 1936.

104. Plé (P.-A.). — Les attraits inconscients à la vie religieuse. In Supplément de *la Vie spirituelle*, 1951, n° 14.

105. Pottier (Cl.). — Remarques sur le mysticisme dans les délires. *Ann. méd.-psych.*, oct.-nov. 1943, p. 230.

106. Pradines (M.). — Esprit de la religion. Aubier, 1941.

107. — Traité de psychologie générale : le genre humain. P. U. F., 1946.

108. Redalie (L.). — Les types réactionnels psychiques. *Ann méd.-psych.*, mars 1932, p. 269.

109. Rey-Lescure (H.). — De la psychologie religieuse à la religiosité morbide. Thèse Bordeaux, 1934.

110. Robin (G.). — La constitution épileptoïde. *Encéphale*, 1931, n° 10, p. 780.

111. Rorschach (H.). — Psychodiagnostic. P. U. F., 1947.

112. Rouart (J.). — Sécheresse et inhibition au cours de la vie psychique. *Etudes carmélitaines*, 1939, vol. I.

113. Rougement (D. de). — La part du diable. Gallimard, 1946.

114. Roubinovitch (J.). — Aliénés et anormaux. Alcan, 1910.

115. Roubinovitch (J.) et Toulouse (E.). — La mélancolie. Masson, 1897.

116. Schiff (P.). — La profession et les troubles psychiques. In *Encyclopédie française*, 8, 50, t. VIII.

117. Sérieux et Capgras. — Les folies raisonnantes : le délire d'interprétation. Alcan, 1909.

118. Swick (A.). — Contribution à l'étude des délires d'allure mystique au cours des états épileptiques. Thèse Paris, 1934.

119. Tonquedec (P. de). — Quelques aspects de l'action de Satan en ce monde. In *Satan*, p. 493.

120. Trillot (J.). — L'hérédité cyclothymique. Thèse Paris, 1932.

121. Touraine (H.). — Indifférence et apagmatisme sexuels chez les D. P. Thèse Paris, 1932.

122. Villeneuve (R.). — Bibliographie démoniaque. In *Satan*, p. 647.

123. Vinchon (J.). — Le diable (en collaboration avec M. Garçon). Gallimard, 1926.

124. — Les aspects du diable à travers les divers états de possession. In *Satan*, p. 464.

125. Voisin (J.). — L'idiotie. Alcan, 1893.

126. Walh. — Délires archaïques. *Ann. méd. psych.*, 1933, p. 294.

Dépôt légal effectué en 1951 (3e trimestre).

25873. — Imprimeries Delmas, Bordeaux (31.0192).